

Stichting Zorghuis
info@zorghuis.nl

Aan

Nederlandse Zorg Autoriteit
Directie toezicht en handhaving
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

**Onderwerp: Verzoek tot handhaving
Uw referentienr: 231903**

Bergen op Zoom, 8 februari 2017

Geacht toezichthouder,

In opgemelde kwestie, berichten wij u als volgt. Stichting Zorghuis is een stichting die onder meer opkomt voor de belangen van zorgverzekerden en de vrije artskeuze. Wij als bestuurders van de Stichting hebben diverse polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars aan een nadere studie onderworpen.

Onze conclusie is dat meerdere polisvoorwaarden op diverse onderdelen in strijd zijn met wet- en regelgeving. Wij motiveren en onderbouwen dat als volgt.

Onrechtmatige beperking vrije artskeuze

In diverse zorgpolissen van meerdere zorgverzekeraars zijn verschillende beperkingen van de vrije artskeuze in de voorwaarden en/of reglementen opgenomen die in strijd zijn met de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars stellen talloze (aanvullende) voorwaarden wanneer een zorgverzekerde voor een niet-gecontracteerde zorgverlener kiest. In dit zogenoemde 'machtigings-' of 'toestemmingsbeleid' dient een 'akkoordverklaring' te worden aangevraagd wanneer een patiënt kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, nog vóórdat de behandeling aanvangt. Dat is in strijd met het eerste lid van artikel 14 Zorgverzekeringswet.

De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

Wanneer een zorgverzekeraar het gebruik van dit machtigingsbeleid enkel van toepassing verklaart op niet-gecontracteerde zorgverleners is het eerste criterium voor het verlenen van toestemming van een behandeling niet zorginhoudelijk, maar het al dan niet bestaan van een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Deze, in bijlage 1, 3 en 4 toegelichte, voorwaarden bevatten de volgende bezwaren.

- De beoordeling van een aanvraag voor vergoeding van zorg wordt niet zorginhoudelijk gemaakt.
- Uit correspondentie tussen verzekeraar en zorgvrager/zorgaanbieder blijkt dat deze beslissing in ultimo wordt genomen door de afdeling Juridische zaken en/of klantenservice. (Zie correspondentie in bijlage 3, 3A, 4, 4A en 4B.)
- De correspondentie maakt niet inzichtelijk of dit zorginhoudelijk advies überhaupt bestaat. (Zie correspondentie in bijlage 3, 3A, 4, 4A en 4B.)

- Deze correspondentie bewijst ook dat een ander dan een daartoe bevoegde medisch adviseur beslist of een behandeling mag plaatsvinden. (Zie correspondentie in bijlage 3, 3A, 4, 4A en 4B.)
- Dit bevestigt ook dat naast de gewraakte polisvoorwaarden de beslissing zelf niet zorginhoudelijk gemaakt kan zijn geweest. Immers een jurist of medewerker van de klantenservice heeft geen medische bevoegdheid.
- Deze documenten bevestigen verder dat een niet daartoe bevoegde persoon toegang heeft tot het medische dossier van de verzekerde. Of de verzekerde toestemming aan de verzekeraar heeft gegeven zijn/haar dossier in te zien/te beoordelen staat los van de vraag of naast de medische adviseur ook andere medewerkers van de verzekeraar inzage in het patiëntendossier mag hebben. Laat staan vervolgens ook de behandeling te beoordelen. (Zie correspondentie in bijlage 3, 3A, 4, 4A en 4B.)

Vorst zijn deze beperkende voorwaarden (Zie bijlage 1) en de wijze waarop het machtigingsbeleid wordt vormgegeven/uitgevoerd (Zie bijlage 3 en 4) in strijd met artikel 13 van de zorgverzekeringswet. Het wetsartikel geeft de zorgverzekeraar geen enkele ruimte om vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te weigeren.

Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Hier staat heel duidelijk dat de verzekerde recht heeft op een vergoeding. Hoe hoog deze vergoeding minimaal moet zijn, het zogenoemde hinderpaalcriterium, stelde de Hoge Raad in haar arrest (ECLI:NL:HR:2014:1646) van 11 juli 2014:

Zorgverzekeraars moeten niet-gecontracteerde aanbieders een vergoeding betalen die zodanig is dat verzekerden geen hinderpaal ervaren bij het inroepen van zorg bij deze niet-gecontracteerde aanbieders.

Deze uitspraak geeft de verzekeraar enkel, een beperkte, mogelijkheid om de verzekerde een lagere vergoeding te geven wanneer ze gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar contracteerde zorgverlener. Van een verdere beperking kan geen sprake zijn omdat de Hoge Raad in haar arrest duidelijk oordeelt dat een hinderpaal bij het inroepen van niet-gecontracteerde zorg niet mag bestaan. Wanneer een zorgverzekeraar aanvullende voorwaarden stelt aan zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners, werpt ze daarmee een hinderpaal op die ook in strijd is met dit zogenoemde 'hinderpaalcriterium'. Wij zien dat deze beperkingen ook van toepassing zijn bij restitutiepolissen, zoals die van OHRA, waar nadrukkelijk met 100% vrije artskeuze wordt geadverteerd. Een voorstelling van zaken die naar onze stellige overtuiging misleidend genoemd mag worden. (Zie Bijlage 5)

Informatie voorziening

Bij studie en controle van de diverse bepalingen en voorwaarden van de zorgverzekeraars ondervonden wij veel hinder van onjuiste informatie op websites en polisvoorwaarden die onvoldoende zichtbaar of zelfs helemaal niet ter beschikking worden gesteld.

- De polisvoorwaarden zijn niet door alle zorgverzekeraars even toegankelijk gemaakt. Met name de kleinere zorglabels waarvan Achmea de risicodrager is hebben vaak geen of onvoldoende polisvoorwaarden, reglementen en/of vergoedingsoverzichten beschikbaar.
- Andere zorgverzekeraar, DSW, Stadholland en Intwente, publiceren hun voorwaarden onder het voorbehoud dat ze nog moeten worden goedgekeurd door de NZA.
- CZ verwijst in de polisvoorwaarden naar aanvullende voorwaarden en reglementen die niet inzichtelijk zijn, niet schriftelijk zijn vastgelegd, althans niet vindbaar zijn via de websites. (Zie bijlage 1.3 en 3)

Het gevolg is dat een verzekerde tot en met eind januari een verzekering afsluit waarvan hij/zij onvoldoende zicht heeft onder welke voorwaarden hij deze verzekering aangaat. In het verleden zagen wij dat de informatievoorziening van de Achmea labels Youcare en Select&Go onvoldoende was. Deze labels bestaan inmiddels niet meer maar Avero-Achmea heeft nu labels als C4ME waar geen reglementen beschikbaar zijn en FLKS waar de polisvoorwaarden niet op de website staat. Wat hierbij opvalt is het gemak waarmee de Achmea groep nieuwe zorglabels start en weer beëindigt. Wij vragen ons dan ook af of deze labels aan alle voorwaarden voldoen die een nieuwe zorgverzekering rechtvaardigt. Dit in tegenstelling tot gestrande nieuwe initiatieven om van buiten de huidige zorgmarkt een nieuwe zorgverzekering te beginnen, zoals Anno12 en Zorgeloos. Deze roulatie van zorglabels van Avero-Achmea draagt niet bij aan een overzichtelijke zorgmarkt. Nieuwe producten zijn het niet en het leidt enkel tot een verstopping van de zorgmarkt die nieuwe initiatieven van buiten de markt lijkt te blokkeren. Wij willen u dan ook vragen een overzicht met aantal verzekerden per zorglabel ter beschikking te stellen.

Ontbrekende polisvoorwaarden CZ

In het geval van zorgverzekeraar CZ zijn geen polisvoorwaarden beschikbaar voor de op de website af te sluiten verzekeringsproducten Zorg-bewust, Zorg-op-maat en Zorg-keuze verzekering. Wel publiceert deze zorgverzekeraar polisvoorwaarden voor de verzekeringsproducten Natura, Natura select, Natura Direct en Restitutie. CZ biedt op haar website www.cz.nl verzekeringsproducten aan waarvan verzekerde op moment van aanvaarding mag concluderen dat er geen polisvoorwaarden van toepassing zijn. Deze conclusie wordt gerechtvaardigd door;

- De namen van de verzekeringsproducten op de website komen niet overeen met de namen van de verzekeringsproducten in de door CZ ter beschikking gestelde polisvoorwaarden.
- Er wordt nergens aangetoond dat de verzekeringsproducten die op de website worden aangeboden betrekking hebben op de verzekeringsproducten die in de gepubliceerde voorwaarden worden genoemd.
- De klantenservice van CZ kan geen polisvoorwaarden voor de op de website aangeboden verzekeringsproducten overleggen.
- De polisvoorwaarden die CZ wel publiceert bevatten tegenstrijdige informatie over de dekking van niet-gecontracteerde zorg.

Dit heeft verder tot gevolg dat een verzekerde van CZDirect aanspraak mag maken op de voor haar meest gunstigste vergoeding wanneer ze zorg geniet van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Voor nadere toelichting verwijzen wij naar bijlage 2.

Verzoek tot handhaving.

Om het geconstateerde overzichtelijk en toegankelijk te maken vindt u nadere toelichting en documentatie in de bijlagen. Bij ieder onderdeel van onderstaand handhavingsverzoek wordt verwezen naar de bijbehorende bijlagen. Wij verzoeken u dan ook tot handhaving van;

1. Verwijdering van alle artikelen met betrekking tot toestemmingsbeleid en/of machtigingsbeleid en de bijbehorende aanvullende voorwaarden die betrekking hebben op niet-gecontracteerde zorg zoals genoemd in bijlage 1 voor, maar niet beperkt tot, verzekeraars, CZ, Ohra, Menzis, Zilveren Kruis/Achmea, Ditzo, de Amersfoortse en alle daaraan gelieerde zorgverzekeraars.
Zie bijlage 1, en haar gedragingen zoals genoemd in bijlage 3 en 4
2. Verwijdering van beperkende vrije artskeuze in artikel 4.2 van Zilveren Kruis/Achmea waar de verzekerde wordt verplicht in te stemmen met door zorgverzekeraar aangewezen zorgverlener. Zie bijlage 1.5.
3. Sommatie CZ tot
 - a. Uitvoeren van Zorg-bewust polis zonder andere beperkingen dan die van uit de wet worden gegeven. Zie bijlage 2.
 - b. Uitvoeren van Zorg-op-maat polis zonder andere beperkingen dan die van uit de wet worden gegeven. Zie bijlage 2.
 - c. Uitvoeren van Zorg-keuze polis zonder andere beperkingen dan die van uit de wet worden gegeven. Zie bijlage 2
 - d. Vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor verzekerde met een CZDirect polis van 70% van het gecontracteerde tarief. Zie bijlage 2.
 - e. Sommatie tot stopzetten beoordeling en inzage medische dossiers door andere dan een daartoe gemachtigde medische adviseur. Zie bijlage 3.
 - f. Sommatie CZ om verzekerde over punt a, b, c en d schriftelijk op de hoogte te brengen.
4. Sommatie Menzis tot stopzetten beoordeling en inzage medische dossiers door andere dan een daartoe gemachtigde medische adviseur. Zie bijlage 4;
5. Sommatie Ohra tot stopzetting van iedere reclame-uiting of andere publicatie met betrekking tot 100% vrije artskeuze voor zolang de beperkende voorwaarden, zie bijlage 1, niet uit de (aanvullende) voorwaarden zijn verwijderd. Zie bijlage 5;
6. Sommatie verzekeraars om verzekerde over punt 1,2 en 3 schriftelijk op de hoogte te brengen.

Stichting Zorghuis heeft niet van alle zorgverzekeraars de zorgpolissen gecontroleerd op de in dit handhavingsverzoek opgebrachte problematiek. Dat is ook een onmogelijke taak. Wel hebben wij door middel van een steekproef onder de polisvoorwaarden van 2015 en 2016 geconstateerd dat deze problematiek reeds enige jaren bestaat. Het verbaast ons zeer dat ondanks de bij wet geregelde toezicht op de polisvoorwaarden en de vele partijen die zorgpolissen (zeggen te) vergelijken dit niet eerder is geagendeerd. Wij adviseren de NZA dan ook om een uitgebreid onderzoek in te stellen naar de oorsprong van deze regelingen.

De NZa controleert – op eigen initiatief en op basis van eigen analyses, danwel na concrete meldingen door consumenten - of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wetten en regels houden. Naleving van wet- en regelgeving door zorgverzekeraars en handhaving van het verzochte is niet alleen een bevoegdheid, maar ook een verplichting van de NZa. Dit handhavingsverzoek maakt duidelijk dat verschillende polisvoorwaarden in strijd zijn met wet- en regelgeving. De NZa kan onmogelijk van de burger, die bij wet verplicht is deze verzekeringsproducten af te sluiten, verlangen dat men hiervan individueel melding maakt en juridische bijstand zoekt om de vergoeding te krijgen waarop ze recht heeft. Sterker nog, de NZa heeft niet tot taak om individuele geschillen tussen consumenten en zorgverzekeraars of zorgaanbieders op te lossen. Immers de NZa dient hier een algemeen maatschappelijk belang en wij willen u dan ook wijzen op de door uzelf genoemde verplichting: ‘Bij alles wat de NZa doet staat het belang van de burger voorop.’

Wij willen u vriendelijk verzoeken om uiterlijk binnen veertien dagen alvast uw eerste reactie aan ons te doen toekomen en ons eveneens uitsluitse te geven over de termijn waarbinnen uw eigen onderzoek vermoedelijk zal zijn afgerond.

Wij zien uw reactie graag tegemoet.

Hoogachtend,
Stichting Zorghuis

mr. A.W. Mulderij
L. van Oosterhout

Cc: Zorginstituut

Inhoudsopgave bijlagen:

- Bijlage 1: Machtigingsbeleid.
1. Machtigingsvereiste Ditzo
 2. Machtigingsvereiste de Amersfoortse / FLKS
 3. Machtigingsbeleid CZ
 4. Machtigingsbeleid Menzis
 5. Machtigingsbeleid / Instemmingsvereiste Achmea/Zilveren Kruis
 6. Machtigingsbeleid Ohra
- Bijlage 2: Verzekeringsvoorwaarden CZ.
- Bijlage 2A: Verzekeringsvoorwaarden CZ.
- Bijlage 2B: Aanmelden/afsluiten van zorgverzekering.
- Bijlage 2C: Welke namen gebruikt CZ op zijn website.
- Bijlage 2D: Pagina van de voorwaarden, reglementen, vergoedingen etc...
- Bijlage 2E: Vergoedingsoverzicht
- Bijlage 2F: Artikel A.20.2
- Bijlage 2G: Hinderpaalcriterium.
- Bijlage 3: Beoordelingen en afwijzingen behandelplan CZ
- Bijlage 3A: Machtigingsaanvragen CZ
1. Medisch advies 1: Zeer summier advies.
 2. Medisch advies 2: Inhoudelijk beoordeling is niet goed mogelijk, wel wordt er afgewezen.
 3. Medisch advies 3: Geen declaraties teruggevonden, dus afgewezen. (?)
 4. Medisch advies 4: De aanvraag voldoet amper aan recente voorgaande behandelingen fysiotherapie. (Hanteert CZ richtlijnen voor "voldoende zorg in de eerste lijn"?);
 5. Medisch advies 5: Behandeling binnen 3 jaar niet doelmatig.
 6. Afwijzing 1: Onvoldoende zorg in de eerste lijn.
 7. Afwijzing 2: Geen sprake van complexe problematiek.
 8. Afwijzing 3: Geen reden voor afwijzing genoemd.
 9. Opvragen aanvullende informatie door CZ.
 10. Ontvangstbevestiging e-mail CZ.
 11. Akkoordverklaring CZ na juridische tussenkomst. Reden van wijziging standpunt wordt niet gegeven. Wel blijkt hier dat beroep bij afdeling Juridische zaken kan worden ingediend.
- Bijlage 4: Beoordelingen en afwijzingen niet-gecontracteerde zorgverleners, Menzis.
- Bijlage 4A: Correspondentie Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde Revalidatie
- Bijlage 4B: Correspondentie Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde Thuiszorg
- Bijlage 4C: Brief zorgverzekerde over opstelling Menzis.
- Bijlage 5: Zorgchecker en Screenprints website OHRA

Bijlage 1: Machtigingsbeleid

1. Ditzo, Machtigingsvereiste bij een niet-gecontracteerde instelling

De polisvoorwaarden stelt voor niet-gecontracteerde zorg:

Wij hebben met veel instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je zorgverlener namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij graag van je:

- een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- bij een opname: de klinische opname indicatie, volgens de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- de regiebehandelaar en de mede-behandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze de medisch adviseur:

2. de Amersfoortse

De polisvoorwaarden stelt voor niet-gecontracteerde zorg:

Machtigingenbeleid: Voor een aantal vergoedingen geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat u voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Dit is wettelijk zo geregeld. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijgt u hiervoor een schriftelijke machtiging. Hiervan is sprake bij:

- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- gespecialiseerde ggz met verblijf langer dan 365 dagen (artikel 18.11);
- niet-gecontracteerde gespecialiseerde GGZ (artikel 18.11);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.13);
- bij sommige gecontracteerde hulpmiddelen (Reglement Hulpmiddelen Restitutie 2017);
- niet gecontracteerde-ZBC's bij revalidatie (artikel 18.20).

Als wij een machtiging afgeven dan blijft deze geldig gedurende de gehele looptijd van de verzekering, tenzij wet- en regelgeving wijzigt. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

In detail wordt over ZBC's genoemd:

Machtigingsvereiste voor revalidatiezorg bij een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De zorgverzekeraar heeft met veel instellingen en zelfstandige behandelcentra overeenkomsten afgesloten. Als verzekerde voor revalidatiezorg toch naar een niet-gecontracteerde instelling wil gaan, dan dient verzekerde, of de zorgaanbieder

namens de verzekerde, tijdig een machtiging bij ons aan te vragen. De machtiging dient vóór de start van de behandeling te zijn afgegeven om hoge eigen kosten te voorkomen. Om de machtiging te kunnen beoordelen, is de volgende informatie noodzakelijk:

- 1 *een (kopie) verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;*
- 2 *bij een opname: de klinische opname indicatie, conform de vastgestelde richtlijnen van de Nederlandse vereniging van*
 1. *revalidatieartsen (VRA);*
 - 3 *het voorgestelde behandelplan, inclusief periode, aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;*
 - 4 *de behandelaren, wie betrokken zijn bij welke uitvoering van de zorg;*
 - 5 *de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.*

De aanvraag wordt vertrouwelijk behandeld. De (behandelaar namens de) verzekerde kan deze sturen naar de afdeling Medische Garanties. Vermeld op de envelop: ‘Vertrouwelijk’.

3. **Machtigingsbeleid CZ**

Op de webpagina ‘Akkoordverklaringen’,
<https://www.cz.nl/vergoedingen/akkoordverklaring-aanvragen>, van CZ staat:

Vaak hebt u een akkoordverklaring nodig als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener of leverancier. U kunt dit controleren bij de informatie over de vergoeding.

In de gepubliceerde voorwaarden van CZ wordt hier nergens over gesproken. Artikel A.18 ‘Zorgadvies en akkoordverklaring’ bestaat dan wel maar dat er een akkoordverklaring voor niet-gecontracteerde zorg nodig is wordt in dit artikel niet genoemd. In de verschillende artikelen per zorgsoort is er ook een paragraaf ‘**Zorgadvies en akkoordverklaring**’. Zo staat in artikel B.4.6.1. Medisch specialistische revalidatie onder paragraaf ‘Zorgadvies en akkoordverklaring:

U moet voorafgaand aan een revalidatiebehandeling zonder opname bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Onduidelijk is wat CZ bedoeld met ‘aanvullende voorwaarden’. Maar liefst **27** keer gebruikt CZ in haar voorwaarden de aanvulling dat er ‘aanvullende voorwaarden’ kunnen worden gesteld. Nergens maakt CZ duidelijk wat deze aanvullende voorwaarden zijn of waar die te vinden zijn. In de algemene voorwaarden staat geen nadere informatie. Ook de diverse reglementen geven geen duidelijk beeld wat die aanvullende voorwaarden zijn. Het duidelijkste staat het in het reglement voor hulpmiddelen.

Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat, hebt u altijd een akkoordverklaring van ons nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Probleem met deze zin is dat hier in zijn algemeenheid een akkoordverklaring voor niet-gecontracteerde zorg een vereiste lijkt. Maar in de polisvoorwaarden wordt hier niets over gezegd.

Voor fysiotherapie en oefentherapie is geen reglement. Wel een 'lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie.' Maar hier wordt in de voorwaarden niet naar verwezen. Hier wordt het anders geformuleerd maar de betekenis is het hetzelfde:

U hoeft geen akkoordverklaring aan ons te vragen als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Op de website voor Fysiotherapie en oefentherapie staat het wel duidelijker.

Bij een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut krijgt u geen volledige vergoeding. U hebt bij niet-gecontracteerde therapeuten een akkoordverklaring nodig.

In het reglement voor Farmacie wordt enkel iets gezegd met betrekking tot verstrekking van medicijnen bij ontslag uit het ziekenhuis. 'Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis' wordt enkel vergoed wanneer de zorg is geleverd door een apotheker die CZ hiervoor heeft gecontracteerd. In zijn algemeenheid komt CZ niet verder dan de waarschuwing:

Let op! Een aanvraag voor vergoeding indienen is geen garantie dat wij een akkoordverklaring afgeven

In het Reglement voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt nergens vermeld dat vooraf toestemming dient te worden gevraagd. Wel lezen wij hier een aanvullende voorwaarde voor niet-gecontracteerde zorg.

De zorg mag alleen worden verleend door mede-behandelaren binnen een instelling voor gbGGZ met wie we een zorgovereenkomst hebben gesloten.*

*Generalistische Basis Geestelijke Gezondheids Zorg

Ook dit is een beperking van de vrije artskeuze. Nergens in de voorwaarden, reglementen of webpagina 'Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverleners' zijn duidelijke richtlijnen gevonden of deze beperking van de vrije artskeuze betrekking hebben op het machtigingsbeleid voor niet-gecontracteerde ZBC's of bij niet gecontracteerde Medische Specialistische Zorg. Ook op de webpagina over niet-gecontracteerde zorg, <https://www.cz.nl/vergoedingen/niet-gecontracteerde-zorgverleners>, wordt nergens genoemd dat voor bepaalde zorg vooraf toestemming gevraagd dient te worden wanneer je naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat. Maar uit briefwisselingen tussen CZ en ZBC's weten wij inmiddels dat dit wel gebeurt. Dit werd ook bevestigd door het telefonisch onderhoud die wij hadden met de klantenservice van CZ. De medewerkster moest haar 'interne werkinstructie met betrekking tot aanvraag niet gecontracteerde zorg' raadplegen. Daaruit blijkt dat de afdeling Medische beoordeling voor de naturapolis vooraf toestemming moet verlenen wanneer een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt geraadpleegd. Als voorbeeld gaf ze fysiotherapie met een chronische indicatie aan. Opname van dit gesprek kan op verzoek ter beschikking worden gesteld. Navraag bij het zorginstituut, die eigenaar is van deze lijst chronische aandoeningen, bevestigde dat een toestemmingvereiste voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg niet is toegestaan. Het zorginstituut verzocht ons dan ook deze voorbeelden aan hen ter beschikking te stellen. Om die reden wordt het Zorginstituut in dit handavingsverzoek gekopieerd.

4. **Machtigingsbeleid Menzis**

Het machtigingsbeleid van Menzis heet 'toestemmingsbeleid'. Daar staat in de voorwaarden op pagina 7:

Voor bepaalde vormen van zorg heeft u vooraf schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Waar dat het geval is, staat het vermeld en ook wat u moet doen om de toestemming te krijgen.

Verder lezend zien wij dat indien men gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg vooraf toestemming dient te worden afgegeven voor o.a. Dieetpreparaten, Geneesmiddelen, Hulpmiddelen, Revalidatie (medisch specialistisch), Verpleging en verzorging en Zintuiglijk gehandicaptenzorg. Ter illustratie;

Toestemming

Gaat u voor revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op revalidatie als u vooraf toestemming van Menzis heeft. Stuur u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Voor farmaceutische zorg en leverancier hulpmiddelen stelt Menzis in haar voorwaarden.

Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig

Wij hebben in de voorwaarden en verzekeringsreglementen niet gezien dat andere vormen van zorg, zoals bij chronische aandoeningen voor fysiotherapie, eerst toestemming moet worden verleend door Menzis. Echter wanneer revalidatie door een fysiotherapeut wordt gegeven die werkzaam is in een niet-gecontracteerde behandelcentrum, en deze revalidatie ten behoeve is van een chronische aandoening, dan mag geconcludeerd worden dat ook voor een behandelingen voor zorg uit de 'Chronische lijst van aandoeningen' vooraf toestemming gevraagd dient te worden.

De zorgverzekering van HEMA, waar Menzis de risicodrager is, noemt dezelfde beperkingen in haar voorwaarden. Zo lees je bijvoorbeeld voor Verpleging en verzorging:

Toestemming

Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig

Welke informatie Menzis nodig heeft en hoe de aanvraag dan verloopt is volstrekt onduidelijk. In de voorwaarden staat:

Bij de aanvraag moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts meesturen. U vindt het aanvraagformulier op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Op de website bestaat wel een webpagina 'Zorg aanvragen', <https://www.menzis.nl/klantenservice/formulieren-en-documenten/formulieren/zorg-aanvragen>, waar documenten en formulieren staan die gebruikt moeten worden voor het verkrijgen van toestemming. Echter komen deze formulieren niet overeen met de eerdergenoemde zorgsoorten waarvoor toestemming voor raadpleging van niet-gecontracteerde zorg een vereiste zou zijn. Op de website van HEMA hebben wij geen documenten gevonden die gebruikt kunnen worden om toestemming te geven.

5. Machtigingsbeleid / Instemmingsvereiste Achmea/Zilveren Kruis

Het Zilveren kruis noemt in haar voorwaarden enkel in de aanvullende verzekering een aantal zorgdisciplines waar voor niet-gecontracteerde zorg vooraf toestemming een vereiste is. Dit zou gelden voor hulpmiddelen, medicijnen en kraamzorg die worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Voor de basisverzekering wordt verwezen naar diverse reglementen. Voor 2017 zijn deze reglementen medio december nog niet beschikbaar. In het reglement van hulpmiddelen 2016 staat dat alleen hulpmiddelen van gecontracteerde zorg worden vergoed. Wanneer de reglementen eind december 2017 op de website worden gepubliceerd zien wij dit ook in het nieuwe reglement staan.

Kiest u voor een niet-gecontracteerde leverancier? Dan moet u altijd vooraf toestemming vragen aan ons. Dit geldt ook voor verzekerden met ZieZo Basis, als zij kiezen voor niet speciaal voor deze polis gecontracteerde leveranciers.

Naast deze beperking van vrije keuze hebben wij in de ter beschikking gestelde documentatie geen andere voorwaarden kunnen vinden waar voor niet-gecontracteerde zorg vooraf toestemming is vereist.

Wel doet zich in de voorwaarden van het Zilveren Kruis een ander probleem voor waar de vrije artskeuze onrechtmatig wordt beperkt. In artikel 4.2 over gecontracteerde zorgverleners wordt uitgelegd dat Zilveren Kruis/Achmea omzetplafonds afspreekt met haar gecontracteerde zorgverleners. De beperking van vrije artskeuze blijkt hier uit het tweede punt.

Omzetplafonds

.....

2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u samen met de zorgverlener verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen.

De verzekeraar verplicht hier dat de verzekerde in moet stemmen met een door het Zilveren Kruis voorgestelde gecontracteerde zorgverlener indien de gecontracteerde behandelaar aan zijn omzetplafond heeft bereikt. Met andere woorden: de verzekerde heeft hier geen enkele keuze naar welke behandelaar hij wenst te gaan. Zilveren kruis/Achmea bepaalt wie hem gaat behandelen.

Een zorgverzekeraar heeft de verplichting om voldoende zorg in te kopen en deze zorg moet verleend worden conform landelijke treeknormen. Wanneer de zorgverzekeraar niet de zorg kan leveren omdat er een omzetplafond is bereikt dan moeten de kosten voor de behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener 100% vergoed worden. Wanneer een verzekerde door haar zorgverzekeraar wordt verplicht naar een door deze zelfde zorgverzekeraar aangewezen behandelaar te gaan dan probeert de verzekeraar aan haar verplichting tot 100% vergoeding te ontkomen. Daarnaast bewijst het bereiken van deze omzetplafonds en de daarmee ontstane wachtlijsten dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht.

Nota bene: Naast Achmea staat ook in de voorwaarden dat Menzis omzetplafonds met haar gecontracteerde zorgverleners heeft afgesproken. Bij andere zorgverzekeraars hebben wij deze omzetplafonds niet teruggelezen in de voorwaarden, terwijl wij wel weten dat die er zijn. Zo is informatie over omzetplafonds op de website van CZ te lezen op de pagina's over zorginkoop. In de gepubliceerde poliswaarden wordt hier echter niets over gezegd. Deze omzetplafonds kunnen tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder de verzekerde niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. Ons inziens staan ook deze omzetplafonds de vrije artskeuze in de weg.

6. Machtigingsbeleid Ohra

De restitutie verzekering van Ohra kent diverse beperkingen in de vrije artskeuze. In de polisvoorwaarden staat op

Pagina 53: *Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen*

Pagina 66: **Zorgadvies en akkoordverklaring.** *U hoeft geen akkoordverklaring aan ons te vragen als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De therapeut beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.*

Op de pagina met de vergoedingen staat dat voor Revalidatie, Hulpmiddelen en diabetes-materiaal toestemming moet worden gevraagd voordat naar een niet gecontracteerde zorgverlener wordt gegaan.

Ohra reglement hulpmiddelen:

Als u een hulpmiddel wilt laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

Ohra reglement Geestelijke Gezondheid 2017:

Medebehandelaren gbGGZ

De zorg in de gbGGZ richt zich op minder ernstige problematiek en bestaat uit korte zorgtrajecten. De zorg zal daarom volledig kunnen worden gegeven door de regiebehandelaar: De zorg mag alleen worden verleend door mede-behandelaren binnen een instelling voor gbGGZ met wie we een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Mede-behandelaren worden uitgesloten bij niet-gecontracteerde gbGGZ instellingen. Ook dit is een beperking die enkel voor niet-gecontracteerde zorgverleners geldt. In het Ohra reglement Farmacie staat dat Farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis enkel is toegestaan wanneer:

de zorg is geleverd door een apotheker die wij hiervoor hebben gecontracteerd;

Deze beperkende maatregelen worden ondersteund door de diverse publicaties op de website van Ohra. Niet alleen bevestigen ze een onrechtmatige beperking van de vrije artskeuze maar deze handelswijze is ook misleidend te noemen omdat Ohra haar verzekerden een verzekeringsproduct met 100% vrije artskeuze zegt te bieden. Vervolgens vergelijkt Ohra haar polis ten onrechte als gelijkwaardig met andere zorgverzekeraars die deze beperkende voorwaarden niet kennen. Zie bijlage 5.

Bijlage 2: Polisvoorwaarden CZ

Wanneer je een zorgverzekeringsproduct bij CZ wilt afsluiten is er de keuze uit de verzekeringsproducten: (Zie bijlage 2B)

- Zorg- bewust naturapolis
- Zorg-op-maat naturapolis
- Zorg-keuze restitutiepols

Het zijn basisverzekeringen die nergens in de ter beschikking gestelde voorwaarden worden genoemd. Zorgverzekeraar CZ heeft op haar website, www.cz.nl, één document met polisvoorwaarden voor zowel de basis- en aanvullende zorgverzekeringen.

https://appl.cz.nl/VoorwaardenVergoedingen/VoorwaardenVergoedingen.asp?Soort=OVZALG&OccsL=80&DatumGeldig=20170101&_ga=1.218202522.2007778787.1459346743

Deze polisvoorwaarden vermelden naast een restitutiepols niet twee, maar drie naturapolissen. Hiervoor zijn voornamelijk pagina 16 en de artikelen A.2.5 en A.20.2 van belang. Deze artikelen benoemen heel duidelijk welke verzekeringsproducten onder deze polisvoorwaarden vallen (Zie bijlage 2A). Andere dan deze namen worden voor deze verzekeringsproducten in deze polisvoorwaarden niet gebruikt. Dit rechtvaardigt de conclusie dat deze polisvoorwaarden voor wat betreft de basisverzekeringen enkel betrekking hebben op de zorgverzekeringen:

- Zorgverzekering Natura
- Zorgverzekering Natura Select
- Zorgverzekering Natura direct
- Zorgverzekering Restitutie

Op de website van CZ, www.cz.nl, worden deze verzekeringsproducten niet genoemd. Bovendien kent CZ op haar website slechts twee natura- en één restitutie verzekering. Nergens op de website of in de documentatie die op de website zijn gepubliceerd blijkt dat CZ nog een derde naturaverzekering aanbiedt. De namen van de aanvullende verzekeringspolissen die in de voorwaarden staan komen wél exact overeen met de namen van de verzekeringsproducten op de website.

- Op de website, zoals de pagina's met aanvullende informatie over de basisverzekering van CZ (Zie bijlage 2C), worden consequent de polis namen, 'zorg-bewust', 'zorg-op-maat' en 'zorg-keuze' gebruikt.
- In de diverse documenten, zoals de 'polisvergelijker' en 'restitutietarievenlijsten', die op de website ter beschikking worden gesteld zijn het deze drie namen die CZ voor haar verzekeringsproducten gebruikt (Zie bijlage 2D).
- De diverse Reglementen zelf zeggen niet tot welke voorwaarden ze behoren.
- Vanuit de voorwaarden zelf wordt naar deze reglementen en overzichten verwezen. Uit deze documenten zelf blijkt vaak niet op welke voorwaarden ze betrekking hebben.

Verzekeringsproduct en polisvoorwaarden

Alleen in de documenten 'Premie' en 'Vergoedingsoverzicht' worden de verschillende polisnamen wel in één document genoemd. Achter de polisnamen die op de website wordt gebruikt staat tussen haakjes de naam van de polis die in de polisvoorwaarden wordt gebruikt. (Zie bijlage 2E). Echter de context ontbreekt. Je kan ze begrijpen als een opsomming die verwijst naar de polissen waar ze betrekking op hebben. Niet blijkt uit deze documenten dat het op de website aangeboden verzekeringsproduct bij de in de polisvoorwaarden genoemde verzekeringsproduct hoort. Voor zover van je verwacht mag worden de polisvoorwaarden te kennen voordat je een verzekering afsluit, geven deze documenten voor de consument te weinig aanknopingspunten om de polis namen van de voorwaarden en de website te herleiden tot eenzelfde verzekering. Deze herleiding mag niet van de consument verwacht worden; het moet voor de consument helder en transparant zijn. Deze documenten zijn dat niet.

Overzicht van vergoedingen

Wat dan ook niet helpt is dat op de website van CZ het overzicht van de vergoedingen voor de Natura Direct polis ontbreekt. Dat CZ hier een verzekering bedoeld die ze via www.CZdirect.nl wordt aangeboden, kan de consument niet weten. Nergens wordt namelijk dit verzekeringsproduct op de website van CZ genoemd. CZ kan niet van haar bezoeker verwachten dat zij van alle aanbieders in de zorgmarkt op de hoogte is. Ze hoeft dus niet te begrijpen dat de natura direct niet op de website van CZ wordt aangeboden maar op de website czdirect.nl. Ook wanneer de consument wel weet dat deze naturaverzekering een product van CZ is, en deze via een ander platform wordt aangeboden, kan je evenwel de conclusie trekken dat de andere verzekeringsproducten die in deze voorwaarden worden genoemd ook door CZ op een ander platform worden aangeboden. Een dergelijke redenering is ook niet vreemd in een zorgverzekeringsmarkt waar slechts enkele risicodragers haar verzekeringen onder verschillende labels aanbiedt. De verzekeringsvoorwaarden die zijn gepubliceerd kunnen dan ook niet behoren tot de verzekeringsproducten die op de website van CZ worden aangeboden.

Deze conclusie wordt geschraagd door de gepubliceerde voorwaarden zelf. Deze voorwaarden geven namelijk tegenstrijdige vergoedingen voor de 'natura select-' en de 'natura direct polis'. Het percentage dat volgens de voorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg wordt vergoed wordt slechts tweemaal genoemd in de voorwaarden. Beide keren in Art. A.20.2 en beide keren wordt een andere vergoeding genoemd (Zie bijlage 2F). Nu de dekking van dit verzekeringsproduct onduidelijk is kan de consument ook niet uit de voorwaarden zelf begrijpen dat dit de voorwaarden zijn die bij het verzekeringsproduct hoort die hij op de website van CZ heeft gekozen.

Hardheidsclausule

Maar er is meer. Om tegemoet te komen aan de wel zeer lage vergoeding voor niet gecontracteerde zorg heeft CZ een regeling voor de verzekerde met een 'natura select-' en een 'natura direct polis'. In de voorwaarden wordt dit het 'hardheidsclausule' genoemd. Zie Art. A20.2.1. Wanneer een aanspraak bestaat en wat dan de toetsingscriteria van CZ zijn, zijn voltrekt onduidelijk. Nadere uitleg van deze regeling is op de website niet te vinden.

Wel is op de website via 'veel gestelde vragen' een soortgelijke regeling te vinden die hier 'Hinderpaalcriterium' heet voor de 'zorg-bewust polis'. Deze regeling lijkt dezelfde uitwerking te hebben als het in de voorwaarden genoemde 'hardheidsclausule'. Alleen is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hier weer een heel andere.

Dan vergoeden wij in 2016 65% van de kosten. U betaalt dus zelf het verschil van 35%. In 2017 vergoeden wij 70% van de kosten.

Verschillende terminologie “Hinderpaalcriterium”

Dit betekent dat 70% van de kosten die op de nota van de zorgverlener staat wordt vergoed en niet het in de voorwaarden genoemde ‘afgesproken tarief’. Aangezien CZ de naam van deze regeling in de voorwaarden ‘hardheidsclausule’ noemt, maar op de website consequent ‘Hinderpaalcriterium’ noemt met een andere dekking voor niet-gecontracteerde zorg, sterkt ons dat in de overtuiging dat deze polisvoorwaarden geen betrekking kunnen hebben op de verzekeringsproducten die op de website kunnen worden afgesloten. Ook deze regeling heeft namelijk een andere naam en een totaal andere vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Een verband is niet te maken en andere polisvoorwaarden heeft CZ niet beschikbaar.

Conclusie

Wij stellen vast dat niet alleen de namen van de zorgpolissen die op de website worden aangeboden niet overeenkomen met de zorgpolissen in de gepubliceerde voorwaarden. Ook de dekking voor niet-gecontracteerde zorg komen niet overeen. Daarnaast stellen wij vast dat diverse regelingen op de website een andere naam en uitwerking hebben of helemaal niet voorkomen in de gepubliceerde voorwaarden. Het gaat dan om het hinderpaalcriterium, akkoordverklaring (Zie bijlage 1.3 Machtigingsbeleid CZ) en het gebruik van omzetplafonds (Zie bijlage 1.5 Machtigingsbeleid). Verder geeft de gepubliceerde informatie geen enkele houvast om CZ haar verzekerde beperkende voorwaarden op te leggen voor de basisverzekeringen die op de website kunnen worden afgesloten. Ook kan de op de website gepubliceerde informatie geen aanleiding zijn voor CZ om haar verzekerde enige beperking op te leggen. Immers, de informatie is ook hier tegenstrijdig en vermeldt CZ zelf op haar eigen website.

We vermelden op onze website zo zorgvuldig mogelijk onze vergoedingen en voorwaarden. Maar of we uiteindelijk uw zorg vergoeden en voor welk bedrag, hangt af van de officiële polisvoorwaarden, vergoedingsoverzichten en reglementen.

CZ maakt niets inzichtelijk en voorwaarden en reglementen zijn voor de verzekerde erg onduidelijk. Verzekerde weet niet wat hij afsluit omdat CZ niet duidelijk maakt wat haar aanbod nu eigenlijk is. CZ voldoet niet aan de meest elementaire beginselen van een overeenkomst. Hierdoor is de conclusie gerechtvaardigd dat CZ haar ‘Zorg-bewust’, ‘Zorg-op-maat’ en ‘Zorg-keuze polis’ heeft aangeboden, zonder andere voorwaarden dan die in de wet worden genoemd.

Omdat wij dezelfde tegenstrijdigheid vinden in Art. A.20.2 van de voorwaarden die zijn gepubliceerd op de website van CZDirect, heeft dit tot gevolg dat door de tegenstrijdige vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, de voor de consument meest gunstige vergoeding dient te worden gegeven.

Bijlage 2A, Verzekeringsvoorwaarden CZ.

Polisvoorwaarden voor de verzekeringsproducten Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura direct en Zorgverzekering Restitutie

Verzekeringsvoorwaarden CZ Pagina 16

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2017

Welke zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen?

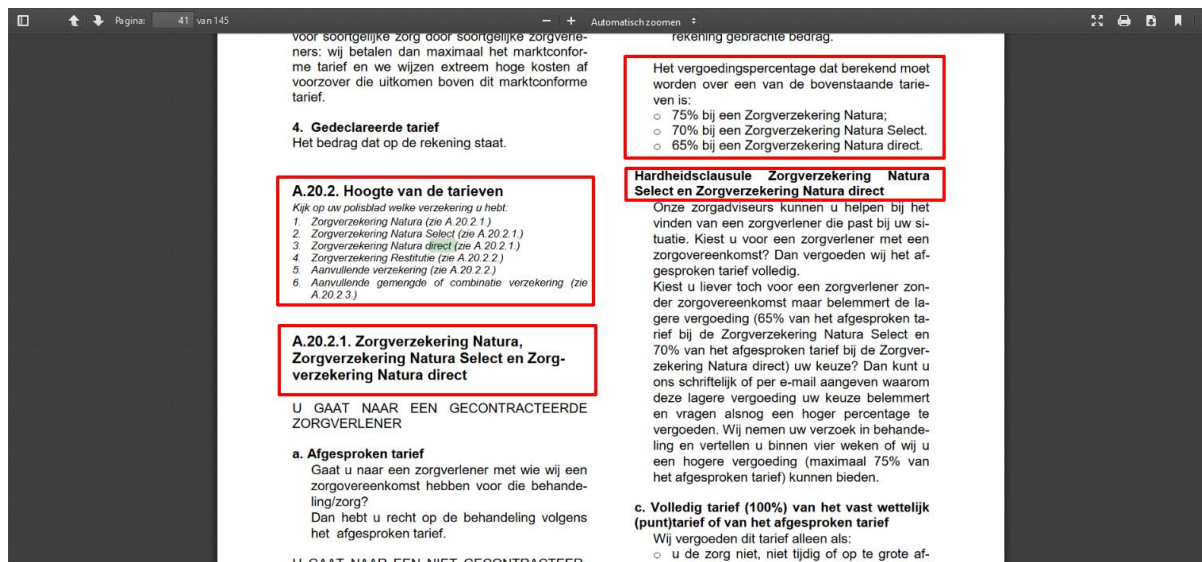
Wij kunnen een of meer van de volgende zorgverzekeringen aanbieden:

- een Zorgverzekering Restitutie;
 - een Zorgverzekering Natura;
 - een Zorgverzekering Natura Direct;
 - een Zorgverzekering Natura Select; of
 - een andere zorgverzekering, die is gebaseerd op een van de hiervoor genoemde zorgverzekeringen.
- Daarnaast kunt u een keuze maken uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden.

Uw zorgverzekering is een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Hebt u een zorgverzekering Natura, een Zorgverzekering Natura Direct of een Zorgverzekering Natura Select dan hebt u recht op zorg (in "natura"). Hebt u een Zorgverzekering Restitutie hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg.

Kijk op uw polisblad welke zorgverzekering u hebt en of u ook een aanvullende verzekering hebt.

Verzekeringsvoorwaarden CZ: Artikel A.20.2



voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voorzover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclareerde tarief
Het bedrag dat op de rekening staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven
Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt.

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1)
3. Zorgverzekering Natura direct (zie A.20.2.1)
4. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2)
5. Aanvullende verzekering (zie A.20.2.3)
6. Aanvullende gemengde of combinatie verzekering (zie A.20.2.3)

A.20.2.1. Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct

U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

a. Afgesproken tarief
Gaet u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?
Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

U GAAT NAAR EEN NIET GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

Het vergoedingspercentage dat berekend moet worden over een van de bovenstaande tarieven is:

- o 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- o 70% bij een Zorgverzekering Natura Select.
- o 65% bij een Zorgverzekering Natura direct.

Hardheidsclausule Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct

Onze zorgadviseurs kunnen u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een zorgovereenkomst? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig.
Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding (65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select en 70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura direct) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk of per e-mail aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen vier weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het afgesproken tarief) kunnen bieden.

c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of van het afgesproken tarief
Wij vergoeden dit tarief alleen als:

- o u de zorg niet, niet tijdig of op te grote afstand heeft ontvangen.

Bijlage 2B, Aanmelden/afsluiten van zorgverzekering op website.

Aanbod van de verzekeringsproducten Zorg- bewust naturapolis, Zorg-op-maat naturapolis en Zorg-keuze restitutiepolic. <https://aanmelden.cz.nl/uw-pakket>

Kies uw pakket

1. uw situatie | **2. uw pakket** | 3. uw overzicht | 4. uw gegevens | 5. controleren

Dit bent u
12-12-1955, vrouw

Basisverzekering Sluit

Kies een basisverzekering [Leg eens uit](#)

In alle basisverzekeringen zitten de volgende vergoedingen:

- Huisartsenzorg
- Fysiotherapie tot 18 jaar
- Tandarts en mondzorg tot 18 jaar
- Medicijnen
- Medisch specialistische zorg
- [Bekijk alle vergoedingen](#)

Zorgbewustpolis	MEEST GEKOZEN IN UW SITUATIE Zorg-op-maatpolis	Zorgkeuzepolis
Naturaverzekering € 108,90 per maand met € 385,- eigen risico Kies dit pakket	Naturaverzekering € 112,85 per maand met € 385,- eigen risico Kies dit pakket	Restitutieverzekering € 119,05 per maand met € 385,- eigen risico Kies dit pakket
<ul style="list-style-type: none"> 100% vergoeding van gecontracteerde zorg 70% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij niet-gecontracteerde zorg Keuze uit 2 eigen risico's Correspondentie via e-mail 	<ul style="list-style-type: none"> 100% vergoeding van gecontracteerde zorg 75% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij niet-gecontracteerde zorg Keuze uit 6 eigen risico's Correspondentie via e-mail of per post 	<ul style="list-style-type: none"> 100% vergoeding van gecontracteerde zorg 100% tot een redelijke marktprijs bij niet-gecontracteerde zorg Keuze uit 6 eigen risico's Correspondentie via e-mail of post
Eigen risico	Kies eerst een basisverzekering	
Aanvullende verzekering	Kies een aanvullende verzekering	
Tandartsverzekering	Kies eerst een aanvullende verzekering	

Premies

Dit bent u
12-12-1955, vrouw

Basis

Eigen risico

Aanvullend

Tandarts

Totaal
Per maand
Totale premie
12-12-1955, vrouw
Per maand: €

Hulp nodig?

Bel ons
088 555 70 00
Maandag t/m vrijdag 8:00 - 21:00 uur
Zaterdag 10:00 - 14:00 uur

Stel uw vraag
via WhatsApp 06 13 65 19 50
Binnen 4 uur antwoord
We antwoorden op werkdagen tussen 8:30 uur en 17:30 uur

[Stuur een e-mail](#)

« Terug naar stap 1. uw situatie **Stap 3: overzicht** >

U kunt uw keuze later nog aanpassen.

Contact

- Bel ons
- Stuur uw vraag
- Stel uw vraag via Twitter
- Bezoek een kantoor

Blijf op de hoogte

- CZ nieuwsbrief
- Klantvoordeel
- Nieuwsberichten van CZ
- Volg ons op Facebook

Over CZ

- Vind een baan bij CZ
- MVO-projecten
- CZ Fonds
- Keurmerk klantgericht verzekeren

8,0 klantvredeheid
Klanten geven onze service een 8. En dat willen we graag zo houden. Daar werken wij elke dag hard aan.

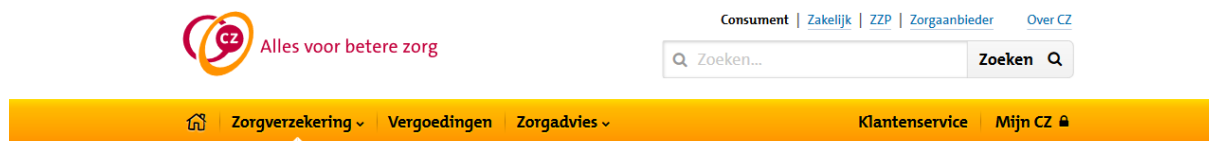
Uitstekende reputatie
CZ staat als enige zorgverzekeraar in de top 10 van de reputatieranglijst van het Reputation Institute.

Klantgericht
Bij CZ draait alles om onze klanten. Daarom hebben we het kwaliteitskeurmerk Klantgericht Verzekeren gekregen.

Bijlage 2C, Welke namen gebruikt CZ op zijn website.

Pagina over basisverzekeringen

<https://www.cz.nl/zorgverzekering/basisverzekeringen>



Consument | Zakelijk | ZZP | Zorgaanbieder | Over CZ

Alles voor betere zorg

Zoeken... Zoeken

Zorgverzekering | Vergoedingen | Zorgadvies | Klantenservice | Mijn CZ

Home > Zorgverzekering > Basisverzekering

Basisverzekeringen

De basisverzekering is er voor de belangrijkste zorg, bijvoorbeeld van uw huisarts, apotheek of ziekenhuis. Kijk welke basisverzekering bij u past en stap over.

Vergelijk de basisverzekeringen

Bekijk en vergelijk onze basisverzekeringen in één overzicht. Download de

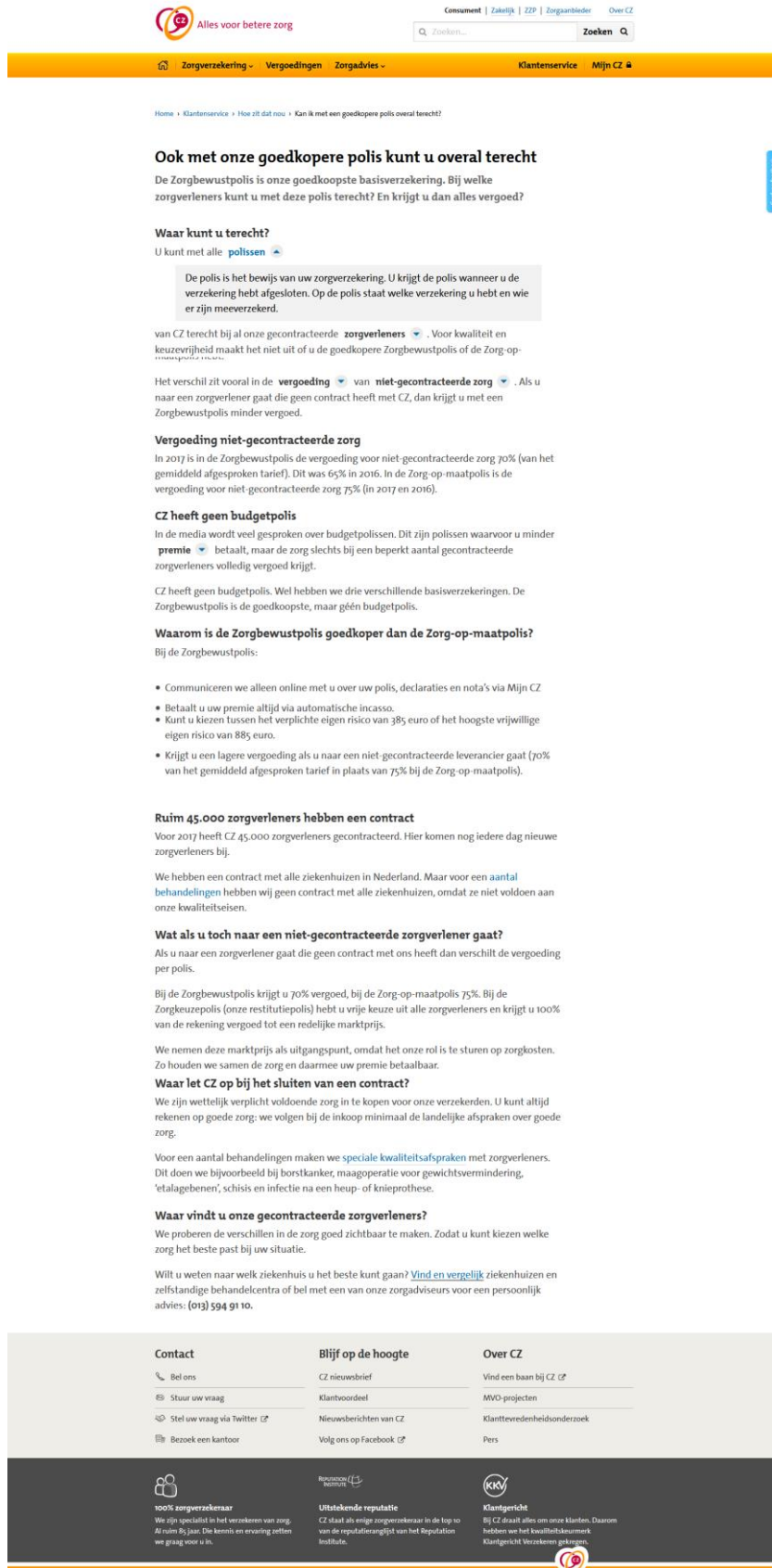
[pakketvergelijker](#) (pdf, 1290kB).

Zorgbewustpolis natura € 108,90 per maand, per persoon bij een	Zorg-op-maatpolis natura € 112,85 per maand, per persoon bij een	Zorgkeuzepolis restitutie € 119,05 per maand, per persoon bij een
<ul style="list-style-type: none"> • Volledige vergoeding bij 45.000 gecontracteerde zorgverleners • 70% vergoeding bij zorgverleners die geen contract met ons hebben • Regel uw zorgzaken snel en makkelijk online • Keuze uit 2 eigen risico bedragen <p>6% kiest dit</p> <p>Bereken uw premie</p> <p>Meer over Zorgbewustpolis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Volledige vergoeding bij 45.000 gecontracteerde zorgverleners • 75% vergoeding bij zorgverleners die geen contract met ons hebben • Regel uw zorgzaken zoals u wilt: per post en online • Keuze uit 6 eigen risico bedragen <p>87% kiest dit</p> <p>Bereken uw premie</p> <p>Meer over Zorg-op-maatpolis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kies zelf uw zorgverlener. Deze hoeft geen contract met ons te hebben • Wij vergoeden altijd 100% van het tarief dat gebruikelijk is in de markt • Regel uw zorgzaken zoals u wilt: per post en online • Keuze uit 6 eigen risico bedragen <p>7% kiest dit</p> <p>Bereken uw premie</p> <p>Meer over Zorgkeuzepolis</p>

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd

Op pagina met aanvullende informatie over de zorgverzekeringen van CZ

<https://www.cz.nl/klantenservice/hoe-zit-dat-nou/kan-ik-met-een-goedkopere-polis-overal-terecht>



Alles voor betere zorg

Consument | Zakelijk | ZEP | Zorgaanbieder | Over CZ

Zorgverzekering - Vergoedingen - Zorgadvies - Klantenservice - Mijn CZ

Home > Klantenservice > Hoe zit dat nou > Kan ik met een goedkopere polis overal terecht?

Ook met onze goedkopere polis kunt u overal terecht

De Zorgbepolpolis is onze goedkoopste basisverzekering. Bij welke zorgverleners kunt u met deze polis terecht? En krijgt u dan alles vergoed?

Waar kunt u terecht?

U kunt met alle **polissen**

De polis is het bewijs van uw zorgverzekering. U krijgt de polis wanneer u de verzekering hebt afgesloten. Op de polis staat welke verzekering u hebt en wie er zijn meeverzekerd.

van CZ terecht bij al onze gecontracteerde **zorgverleners**. Voor kwaliteit en keuzevrijheid maakt het niet uit of u de goedkopere Zorgbepolpolis of de Zorg-op-maatpolis heeft.

Het verschil zit vooral in de **vergoeding** van **niet-gecontracteerde zorg**. Als u naar een zorgverlener gaat die geen contract heeft met CZ, dan krijgt u met een Zorgbepolpolis minder vergoed.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

In 2017 is in de Zorgbepolpolis de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 70% (van het gemiddeld afgesproken tarief). Dit was 65% in 2016. In de Zorg-op-maatpolis is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 75% (in 2017 en 2016).

CZ heeft geen budgetpolis

In de media wordt veel gesproken over budgetpolissen. Dit zijn polissen waarvoor u minder **premie** betaalt, maar de zorg slechts bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgverleners volledig vergoed krijgt.

CZ heeft geen budgetpolis. Wel hebben we drie verschillende basisverzekeringen. De Zorgbepolpolis is de goedkoopste, maar géén budgetpolis.

Waarom is de Zorgbepolpolis goedkoper dan de Zorg-op-maatpolis?

Bij de Zorgbepolpolis:

- Communiceren we alleen online met u over uw polis, declaraties en nota's via Mijn CZ
- Betaalt u uw premie altijd via automatische incasso.
- Kunt u kiezen tussen het verplichte eigen risico van 385 euro of het hoogste vrijwillige eigen risico van 885 euro.
- Krijgt u een lagere vergoeding als u naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat (70% van het gemiddeld afgesproken tarief in plaats van 75% bij de Zorg-op-maatpolis).

Ruim 45.000 zorgverleners hebben een contract

Voor 2017 heeft CZ 45.000 zorgverleners gecontracteerd. Hier komen nog iedere dag nieuwe zorgverleners bij.

We hebben een contract met alle ziekenhuizen in Nederland. Maar voor een aantal behandelingen hebben wij geen contract met alle ziekenhuizen, omdat ze niet voldoen aan onze kwaliteitseisen.

Wat als u toch naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat?

Als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft dan verschilt de vergoeding per polis.

Bij de Zorgbepolpolis krijgt u 70% vergoed, bij de Zorg-op-maatpolis 75%. Bij de Zorgkeuzepolis (onze restitutiepolis) hebt u vrije keuze uit alle zorgverleners en krijgt u 100% van de rekening vergoed tot een redelijke marktprijs.

We nemen deze marktprijs als uitgangspunt, omdat het onze rol is te sturen op zorgkosten. Zo houden we samen de zorg en daarmee uw premie betaalbaar.

Waar let CZ op bij het sluiten van een contract?

We zijn wettelijk verplicht voldoende zorg in te kopen voor onze verzekerden. U kunt altijd rekenen op goede zorg; we volgen bij de inkoop minimaal de landelijke afspraken over goede zorg.

Voor een aantal behandelingen maken we speciale **kwaliteitsafspraken** met zorgverleners. Dit doen we bijvoorbeeld bij borstkanker, maagoperatie voor gewichtsvermindering, 'etalagebenen', schisis en infectie na een heup- of knieprothese.

Waar vindt u onze gecontracteerde zorgverleners?

We proberen de verschillen in de zorg goed zichtbaar te maken. Zodat u kunt kiezen welke zorg het beste past bij uw situatie.

Wilt u weten naar welk ziekenhuis u het beste kunt gaan? **Vind en vergelijk** ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra of bel met een van onze zorgadviseurs voor een persoonlijk advies: **(013) 594 91 10**.

<p>Contact</p> <ul style="list-style-type: none"> Bel ons Stuur uw vraag Stel uw vraag via Twitter Bezoek een kantoor 	<p>Blijf op de hoogte</p> <ul style="list-style-type: none"> CZ nieuwsbrief Klantvoordeel Nieuwsberichten van CZ Volg ons op Facebook 	<p>Over CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> Vind een baan bij CZ MVO-projecten Klanttevredenheidsonderzoek Pers
--	--	--

<p>100% zorgverzekenaar</p> <p>We zijn specialist in het verzekeren van zorg. Al ruim 85 jaar. Die kennis en ervaring zetten we graag voor u in.</p>	<p>Uitstekende reputatie</p> <p>CZ staat als enige zorgverzekenaar in de top 10 van de reputatieranglijst van het Reputation Institute.</p>	<p>Klantgericht</p> <p>Bij CZ draait alles om onze klanten. Daarom hebben we het kwaliteitskeurmerk Klantgericht Verzekeren gekregen.</p>
---	--	--

Bij veel gestelde vragen.

Wilt u contact opnemen met CZ? Dan vindt u hier alle contactgegevens van de Klantenservice en een overzicht van de veelgestelde vragen.

[Home](#) > [Klantenservice](#)

Polis en gegevens wijzigen

Wat gebeurt er met de polis als uw naaste overlijdt? En hoe wijzigt u bepaalde gegevens, zoals het rekeningnummer?

[Home](#) > [Klantenservice](#) > [Hoe zit dat nou](#) > [Wat moet ik regelen bij overlijden](#) > [Polis en gegevens wijzigen](#)

Wijzigingen aanvullende verzekering Ideaal in 2017

Wat zijn de wijzigingen in de aanvullende verzekering Ideaal in 2017? Lees hier over de wijzigingen in de aanvullende verzekering Ideaal in 2017.

[Home](#) > [Vergoedingen](#) > [Wijzigingen](#) > [Ideaal](#)

ZZP Basisverzekeringen 2017

Goede en betaalbare basisverzekeringen voor de zorg van uw huisarts, apotheek en ziekenhuis. Vergelijk basisverzekeringen en bereken premie.

[ZZP](#) > [ZZP Zorgverzekering](#) > [Basisverzekering](#)

Aanvullende verzekering Jongeren

Aanvullende verzekering Jongeren: vergoedt alleen die zorg die jongeren of studenten nodig hebben. Sluit nu online af.

Wat is een naturaverzekering? ^

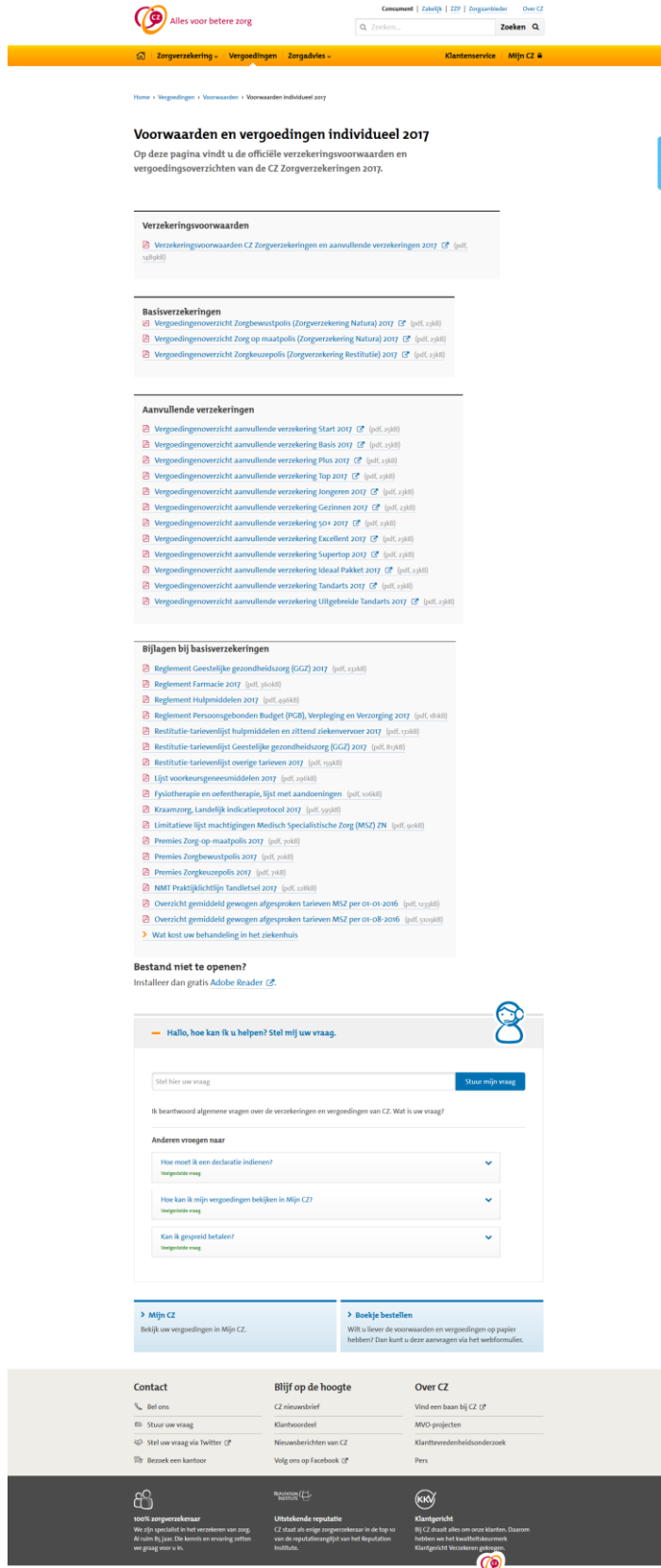
Een naturaverzekering (CZ Zorg-op-maatpolis en CZ Zorgbewustpolis) is een verzekering die de kosten van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Deze sturen hun declaraties rechtstreeks naar ons. U krijgt dus niet zelf de nota. De kosten van niet-gecontracteerde zorgverleners worden ook wel vergoed, maar niet helemaal. De vergoeding is meestal 75% bij een CZ Zorg-op-maatpolis en 65% (70% in 2017) bij een CZ Zorgbewustpolis van het gebruikelijke (marktconforme) tarief.

Omdat u bij de naturapolis vrijwel alleen gebruikmaakt van gecontracteerde zorgverleners, heeft uw verzekeraar hier meer controle op de prijs en dus op de kosten. Daarom is de naturapolis goedkoper dan de restitutiepolis.

Geef uw feedback

Bijlage 2D, Pagina van de voorwaarden, reglementen, vergoedingen etc...

<https://www.cz.nl/vergoedingen/voorwaarden/voorwaarden-individueel>



The screenshot shows the website interface for 'Voorwaarden en vergoedingen individueel 2017'. It features a navigation bar with 'Zorgverzekering', 'Vergoedingen', and 'Zorgadvies'. A search bar is present at the top right. The main content is organized into sections: 'Verzekeringsvoorwaarden', 'Basisverzekeringen', 'Aanvullende verzekeringen', and 'Bijlagen bij basisverzekeringen'. Each section contains a list of links to specific documents, such as 'Verzekeringsvoorwaarden CZ Zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen 2017' and 'Reglement Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2017'. A chatbot interface is visible on the right side of the page, and a footer contains contact information and logos for '100% zorgverzekenaar', 'Uitstekende reputatie', and 'Klantericht'.

Volgens de pakketvergelijker:

<https://www.cz.nl/~media/actueel/pakketvergelijker/cz-zorgverzekeringen.pdf?la=nl-nl&revid=009fdbb6-0c30-4c32-a2c9-bd08d37bf757>

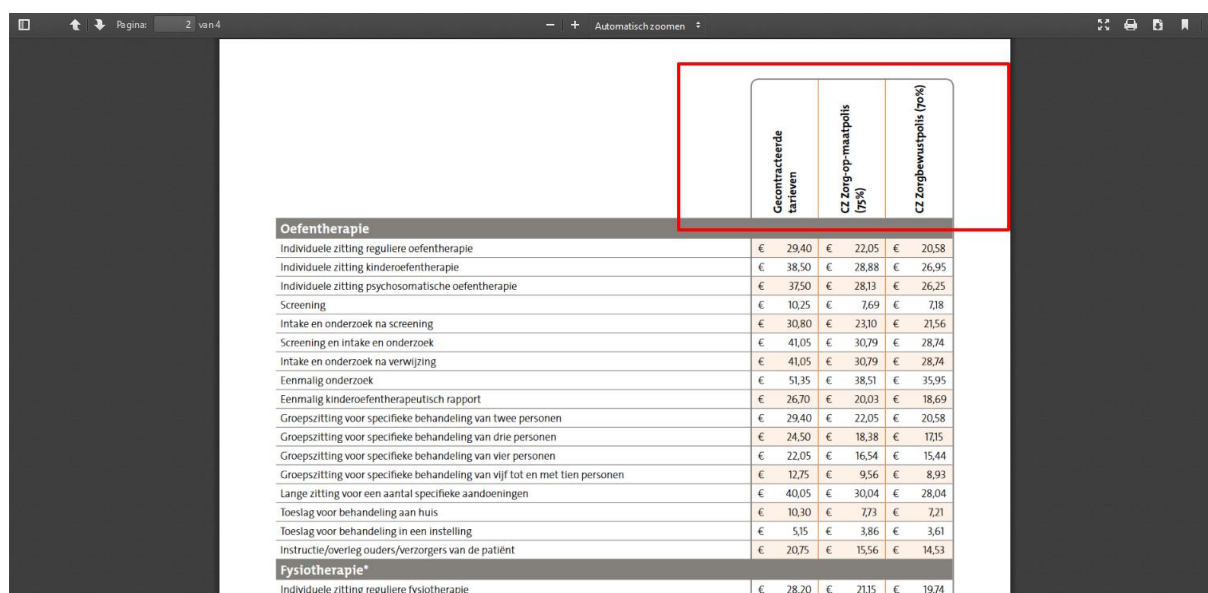
Hoogte van de vergoeding is hetzelfde als u gaat naar zorgverleners waar we afspraken mee hebben gemaakt. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan kan het zijn dat u moet bijbetalen. Hoeveel dit is, hangt af van de verzekering die u hebt gekozen. Benieuwd met wie we afspraken hebben gemaakt? Kijk op www.cz.nl/zorgvinden.

Bijdrage. Dit heeft de overheid bepaald. Deze eigen bijdrage geldt voor alle leeftijden. Dit bedrag wordt niet vergoed uit de basisverzekering. Als u een wettelijke eigen bijdrage moet betalen, dan vindt u dit in deze pakketvergelijker.

	Zorgbewustpolis	Zorg-op-maatpolis	Zorgkeuzepolis
Soort verzekering	naturaverzekering	naturaverzekering	restitutieverzekering
Vergoeding gecontracteerde zorgverlener	100%	100%	100%
Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener	70% van de nota tot max. 70% van het afgesproken gemiddeld tarief	75% van de nota tot max. 75% van het afgesproken gemiddeld tarief	100% van het marktconforme tarief
Regelen verzekeringszaken	digitaal	digitaal en per post	digitaal en per post
Verplicht eigen risico	€ 385,-	€ 385,-	€ 385,-
Vooraf gespreid betalen verplicht eigen risico	ja	ja	ja
Keuze vrijwillig eigen risico	€ 500,-	€ 100,-/€ 200,-/€ 300,-/€ 400,-/€ 500,-	€ 100,-/€ 200,-/€ 300,-/€ 400,-/€ 500,-
Second opinion via Best Doctors®	ja	ja	ja

Op de restitutietarievenlijsten:

<https://www.cz.nl/~media/actueel/voorwaarden/restitutie-tarievenlijst-overige-tarieven.pdf?revid=779df2cc-4a8f-4b0a-8361-6040baf0f84e>



	Gecontracteerde tarieven	CZ Zorg-op-maatpolis (75%)	CZ Zorgbewustpolis (70%)
Oefentherapie			
Individuele zitting reguliere oefentherapie	€ 29,40	€ 22,05	€ 20,58
Individuele zitting kinderoefentherapie	€ 38,50	€ 28,88	€ 26,95
Individuele zitting psychosomatische oefentherapie	€ 37,50	€ 28,13	€ 26,25
Screening	€ 10,25	€ 7,69	€ 7,18
Intake en onderzoek na screening	€ 30,80	€ 23,10	€ 21,56
Screening en intake en onderzoek	€ 41,05	€ 30,79	€ 28,74
Intake en onderzoek na verwijzing	€ 41,05	€ 30,79	€ 28,74
Enmalig onderzoek	€ 51,35	€ 38,51	€ 35,95
Enmalig kinderoefentherapeutisch rapport	€ 26,70	€ 20,03	€ 18,69
Groepszitting voor specifieke behandeling van twee personen	€ 29,40	€ 22,05	€ 20,58
Groepszitting voor specifieke behandeling van drie personen	€ 24,50	€ 18,38	€ 17,15
Groepszitting voor specifieke behandeling van vier personen	€ 22,05	€ 16,54	€ 15,44
Groepszitting voor specifieke behandeling van vijf tot en met tien personen	€ 12,75	€ 9,56	€ 8,93
Lange zitting voor een aantal specifieke aandoeningen	€ 40,05	€ 30,04	€ 28,04
Toeslag voor behandeling aan huis	€ 10,30	€ 7,73	€ 7,21
Toeslag voor behandeling in een instelling	€ 5,15	€ 3,86	€ 3,61
Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patient	€ 20,75	€ 15,56	€ 14,53
Fysiotherapie*			
Individuele zitting reguliere fysiotherapie	€ 28,20	€ 21,15	€ 19,74

Bijlage 2E, Vergoedingsoverzicht

Zorgbewustpolis:

<https://appl.cz.nl/VoorwaardenVergoedingen/VoorwaardenVergoedingen.asp?Soort=OVZVO&OccSL=8800102&DatumGeldig=20170101& ga=1.139085232.2007778787.1459346743>

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2017

CZ Zorgbewustpolis (Zorgverzekering Natura Select) (modelnummer: 8800102) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de Zorgverzekering Natura Select.

De vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijke (punt) tarieven of afgesproken tarieven. Zie hiervoor artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen (zorg)overeenkomst hebben, dan vergoeden wij 70% van het wettelijke (punt)tarief of afgesproken tarief.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen. In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.

Ook zijn er verwijzingen naar lijsten (bv Lijst Voorkeursgeneesmiddelen) en reglementen (bv Reglement Hulpmiddelen); u vindt deze bijlages van uw zorgverzekering op onze internetsite.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenlandzorg		B.2.
Spoeisende en niet-spoedisende zorg bij	u hebt recht op dezelfde zorg en	B.2.

Zorg op maatpolis:

<https://appl.cz.nl/VoorwaardenVergoedingen/VoorwaardenVergoedingen.asp?Soort=OVZVO&OccSL=8000102&DatumGeldig=20170101& ga=1.215173524.2007778787.1459346743>

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2017

CZ Zorg-op-maatpolis (Zorgverzekering Natura) (modelnummer: 8000102) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de Zorgverzekering Natura.

De vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijke (punt)tarieven of afgesproken tarieven. Zie hiervoor artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen (zorg)overeenkomst hebben, dan vergoeden wij 75% van het wettelijke (punt)tarief of afgesproken tarief.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen. In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.

Ook zijn er verwijzingen naar lijsten (bv Lijst Voorkeursgeneesmiddelen) en reglementen (bv Reglement Hulpmiddelen); u vindt deze bijlages van uw zorgverzekering op onze internetsite.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenlandzorg		B.2.
Spoeisende en niet-spoedisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland	u hebt recht op dezelfde zorg en omvang als waarop u in Nederland	B.2.

Zorg keuzepolis:

<https://appl.cz.nl/VoorwaardenVergoedingen/VoorwaardenVergoedingen.asp?Soort=OVZVO&OccSL=9000102&DatumGeldig=20170101& ga=1.215173524.2007778787.1459346743>

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2017

CZ Zorgkeuzepolis (Zorgverzekering Restitutie) (modelnummer: 9000102) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de Zorgverzekering Restitutie.

De vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijke (punt)tarieven of de marktconforme tarieven. Zie hiervoor artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen. In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.

Ook zijn er verwijzingen naar lijsten (bv Lijst Voorkeursgeneesmiddelen) en reglementen (bv Reglement Hulpmiddelen); u vindt deze bijlages van uw zorgverzekering op onze internetsite.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenlandzorg Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland	u hebt recht op dezelfde zorg en omvang als waarop u in Nederland of uw woonland recht hebt	B.2. B.2.

Bijlage 2F, Artikel A.20.2

Tegenstrijdige vergoedingen niet-gecontracteerde zorg

behandelaren in principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voorzover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclearde tarief
Het bedrag dat op de rekening staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven
Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura direct (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)
5. Aanvullende verzekering (zie A.20.2.2.)
6. Aanvullende gemengde of combinatie verzekering (zie A.20.2.3.)

A.20.2.1. Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct

U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVRELENER

a. Afgesproken tarief
Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

afgesproken tarief.

- o Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het afgesproken tarief, dan gaan wij voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

Het vergoedingspercentage dat berekend moet worden over een van de bovenstaande tarieven is:

- o 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- o 70% bij een Zorgverzekering Natura Select.
- o 65% bij een Zorgverzekering Natura direct.

Hardheidsclausule Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct
Onze zorgadviseurs kunnen u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een zorgovereenkomst? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig.
Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder zorgovereenkomst, maar belemmert de lagere vergoeding (65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select en 70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura direct) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk of per e-mail aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen vier weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het afgesproken tarief) kunnen bieden.

c. Voller tarief (100%) van het vast wettelijk

Bijlage 2G: Hinderpaalcriterium.

Alles voor betere zorg

Consument | Zakelijk | ZZP | Zorgaanbieder | Over CZ

Zoeken... Zoeken

Zorgverzekering
Vergoedingen
Zorgadvies
Klantenservice
Mijn CZ

Zoekresultaten

Zoeken

Bekijk resultaten voor:

Alles (5)
 Consument (1)
 Zakelijk (0)
 ZZP (0)
 Zorgaanbieder (4)
 Over CZ (0)

Zorginnovatie

Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren en de zorg betaalbaar houden. Dat is het doel dat de afdeling Zorginnovatie wil bereiken.

Zorgaanbieder > Innovatief idee?

Medicatiebeoordeling

Apotheekhoudenden die een opleiding of cursus hebben gevolgd voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling komen in aanmerking voor een overeenkomst.

Zorgaanbieder > Zorgaanbieders > Farmacie > Medicatiebeoordeling

Verbandhulpmiddelen

Iedere maand ontvangt CZ een document waarin alle producten zijn opgenomen die de betreffende maand in de Z-index geplaatst zijn.

Zorgaanbieder > Zorgaanbieders > Hulpmiddelen > Inkoopbeleid hulpmiddelen > Beoordeling verbandhulpmiddelen

Vergoeding hulpmiddel voor telefonie

Wat krijgt u vergoed voor een hulpmiddel telefonie? Bekijk de vergoeding in de zorgverzekeringen van CZ.

Home > Vergoedingen > Hulpmiddel voor telefonie

Beleid wijkverpleging

Zorgaanbieder > Zorgaanbieders > Eerstelijnszorg > Wijkverpleging > Beleid

5 resultaten

Veelgestelde vragen

Hoe werkt het hinderpaalcriterium? ^

Wat is het hinderpaalcriterium?

Kiest u bij de [Zorgbewustpolis](#) voor een zorgverlener die een contract met ons heeft? Dan vergoeden wij u 70% van de kosten. U betaalt dus zelf het verschil van 35%. In 2017 vergoeden wij 70% van de kosten.

Kunt u dit niet betalen? En kunt u daardoor niet naar de zorgverlener van uw keuze? Dan noemen we dat een hinderpaal (artikel 13 uit de Zorgverzekeringswet, zie ook [onze voorwaarden](#) (pdf, 70kB) artikel A.20.). U kunt dan een verzoek indienen voor een extra vergoeding van maximaal 10%.

Hoe dient u een verzoek in?

Vertel ons waarom de lagere vergoeding voor u een probleem (hinderpaal) vormt. Mail uw onderbouwing naar mb.hpc@cz.nl of stuur deze per post: CZ, Postbus 90152, 5000LD Tilburg t.a.v. afdeling Medische beoordelingen.

Situaties zijn niet te vergelijken, daarom beoordelen we ze individueel. Binnen 4 weken krijgt u van ons een schriftelijke reactie!

Hebt u liever meteen hulp of advies bij het vinden van een gecontracteerde zorgverlener? [Vind en vergelijk de beste zorg](#) of bel met onze zorgadviseurs: (013) 594 91 10.

Mijn ziekenhuis scoort minder goed. Wat moet ik doen? v

Mijn ziekenhuis staat niet in de resultatenlijst, wat nu? v

Wat zijn de mogelijkheden voor subsidie of sponsoring? v

Contact

- Bel ons
- Stuur uw vraag
- Stel uw vraag via Twitter [↗](#)
- Bezoek een kantoor

Blijf op de hoogte

- Aanmelden CZ Nieuws
- Klantvoordeel
- Nieuwsberichten van CZ
- Volg ons op Facebook [↗](#)

Over CZ

- Vind een baan bij CZ [↗](#)
- MVO-projecten
- Klanttevredenheidsonderzoek
- Pers

100% zorgverzekeraar

We zijn specialist in het verzekeren van zorg. Al ruim 85 jaar. Die kennis en ervaring zetten we graag voor u in.

Uitstekende reputatie

CZ staat als enige zorgverzekeraar in de top 10 van de reputatieranglijst van het Reputation Institute.

Klantgericht

Bij CZ draait alles om onze klanten. Daarom hebben we het kwaliteitskeurmerk Klantgericht Verzekeren gekregen.

Zorgverzekering

- + [Waarom betaal ik meer premie voor de aanvullende verzekering Jongeren als ik ouder ben dan 30 jaar?](#)
- + [Hoe kan ik het aanbod van verschillende zorgverzekeraars vergelijken?](#)
- + [Is mijn zorgverzekering geldig tijdens onbetaald verlof?](#)
- + [Kan een kind bij CZ worden ingeschreven als de ouders ergens anders verzekerd zijn?](#)
- + [Moeten de kinderen bij mij of mijn partner worden ingeschreven?](#)
- + [Wat is het verschil tussen een naturaverzekering en een restitutieverzekering?](#)
- + [Waar vind ik de Pakketvergelijker?](#)
- [Wat is het hinderpaalcriterium?](#)

Wat is het hinderpaalcriterium?

Kiest u bij de [Zorgbewustpolis](#) voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan vergoeden wij in 2016 65% van de kosten. U betaalt dus zelf het verschil van 35%. In 2017 vergoeden wij 70% van de kosten.

Kunt u dit niet betalen? En kunt u daardoor niet naar de zorgverlener van uw keuze? Dan noemen we dat een hinderpaal (artikel 13 uit de Zorgverzekeringswet, zie ook [onze voorwaarden](#) (pdf, 70kB) artikel A.20.). U kunt dan een verzoek indienen voor een extra vergoeding van maximaal 10%.

Hoe dient u een verzoek in?

Vertel ons waarom de lagere vergoeding voor u een probleem (hinderpaal) vormt. Mail uw onderbouwing naar mb.hpc@cz.nl of stuur deze per post: CZ, Postbus 90152, 5000LD Tilburg t.a.v. afdeling Medische beoordelingen.

Situaties zijn niet te vergelijken, daarom beoordelen we ze individueel. Binnen 4 weken krijgt u van ons een schriftelijke reactie.

Hebt u liever meteen hulp of advies bij het vinden van een gecontracteerde zorgverlener? [Vind en vergelijk de beste zorg](#) of bel met onze zorgadviseurs: (013) 594 91 10.

Contact

-  [Bel ons](#)
-  [Stuur uw vraag](#)
-  [Stel uw vraag via Twitter](#)
-  [Bezoek een kantoor](#)

Blijf op de hoogte

- [Aanmelden CZ Nieuws](#)
- [Klantvoordeel](#)
- [Nieuwsberichten van CZ](#)
- [Volg ons op Facebook](#)

Over CZ

- [Vind een baan bij CZ](#)
- [MVO-projecten](#)
- [Klanttevredenheidsonderzoek](#)
- [Pers](#)



100% zorgverzekeraar

We zijn specialist in het verzekeren van zorg. Al ruim 85 jaar. Die kennis en ervaring zetten we graag voor u in.



Uitstekende reputatie

CZ staat als enige zorgverzekeraar in de top 10 van de reputatieranglijst van het Reputation Institute.



Klantgericht

Bij CZ draait alles om onze klanten. Daarom hebben we het kwaliteitskeurmerk Klantgericht Verzekeren gekregen.



Bijlage 3: Beoordelingen en afwijzingen behandelplan CZ

Hoe het in bijlage 1 uiteengezette ‘toestemmingsbeleid’ in werkelijkheid uitpakt, blijkt uit bijlage van CZ met betrekking tot verleende zorg door een revalidatie kliniek die geen contract heeft met CZ. Wij zagen tientallen voorbeelden van deze verzekeraar waar vaak pas na tussenkomst van juridische bijstand alsnog tot betaling wordt overgegaan. In onze visie zijn dit gedragingen die niet door de beugel kunnen. Bijgevoegde documenten hebben geen betrekking op het recent gevoerde kortgeding OCA/CZ, [ECLI:NL:RBZWB:2017:12](#).

Uit deze correspondentie blijkt dat CZ tot vier keer toe vergoeding/behandeling van een niet-gecontracteerde revalidatiekliniek zonder opgaaf van reden weigerde. Uiteindelijk wordt de vergoeding, weer zonder opgaaf van redenen, wel toegezegd. Dit bevestigt ook dat naast de gewraakte polisvoorwaarden de beslissing zelf niet zorginhoudelijk gemaakt kan zijn geweest. Immers een jurist of medewerker van de klantenservice heeft geen medische bevoegdheid. Zelfs wanneer er een advies van een medisch adviseur ten grondslag ligt aan de afwijzingen die worden gegeven door de eerdergenoemde medewerkers dan voldoen die niet aan het wettelijke criterium van “zorginhoudelijke criteria”. Dit terwijl deze onderdelen alleen kunnen worden vastgesteld als een zorgvuldig onderzoek naar de verzekerde heeft plaatsgevonden. Uit de correspondentie blijkt dat de verzekeraar dit niet heeft uit kunnen voeren omdat ze geen persoonlijk contact met een verzekerde heeft. Uit de bijgevoegde correspondentie blijkt dan wel dat er altijd een medisch adviseur is die het dossier behandelt en waarop ook de afwijzing wordt gebaseerd. Onduidelijk is welke rol een juridische afdeling dan wel klantenservice heeft en waarom er niet direct gecommuniceerd wordt tussen de medisch adviseur en de verzekerde. Er blijkt niet dat er een zelfstandige afweging of toets op enig vlak heeft plaatsgevonden. De rol van een afdeling juridische zaken is ons daarom ook volledig onbekend. In ieder geval blijkt uit haar betrokkenheid dat het medische dossier is ingezien terwijl daar geen bevoegdheid voor is.

Indien de juridische afdeling de wettelijke vereisten op juiste wijze was nagelopen, of er een juiste belangenafweging was gemaakt en of de afdeling medische beoordelingen op redelijke wijze tot de afwijzing had kunnen komen op basis van het uitgebrachte advies van de medisch adviseur en de wet- en regelgeving in achtgenomen, dan had het nooit tot een afwijzing mogen komen.

Dit betekent dat:

1. CZ onrechtmatige beperkingen van de vrije artsenkeuze oplegt
2. CZ op onrechtmatige gronden zich toegang verschaft tot medische gegevens.
3. In ultimo de ‘akkoordverklaring’ wordt afgegeven door een niet daartoe bevoegde medische adviseur maar een medewerker van de afdeling juridische zaken.
4. Een niet daartoe bevoegde medewerker, zijnde geen medische adviseur, inzage heeft in medische dossiers.
5. Vergoeding/ akkoordverklaring pas na tussenkomst van juridische bijstand wordt afgegeven.

Inhoudsopgave bijlagen 3A:

1. Medisch advies 1: Zeer summier advies.
2. Medisch advies 2: Inhoudelijk beoordeling is niet goed mogelijk, wel wordt er afgewezen.
3. Medisch advies 3: Geen declaraties teruggevonden, dus afgewezen. (?)
4. Medisch advies 4: De aanvraag voldoet amper aan recente voorgaande behandelingen fysiotherapie.
(Hanteert CZ richtlijnen voor "voldoende zorg in de eerste lijn?");
5. Medisch advies 5: Behandeling binnen 3 jaar niet doelmatig.
6. Afwijzing 1: Onvoldoende zorg in de eerste lijn.
7. Afwijzing 2: Geen sprake van complexe problematiek.
8. Afwijzing 3: Geen reden voor afwijzing genoemd.
9. Opvragen aanvullende informatie door CZ.
10. Ontvangstbevestiging e-mail CZ.
11. Akkoordverklaring CZ na juridische tussenkomst.
Reden van wijziging standpunt wordt niet gegeven. Wel blijkt hier dat beroep bij afdeling Juridische zaken kan worden ingediend.

Bijlagen 3A: Machtigingsaanvragen CZ

1 - Medisch advies 1: Zeer summier advies.



Notitie

notitie

aangemaakt op door

1x per maand fysio. Afwijzen op onvoldoende steppedcare.

aangemaakt op door
laatste wijziging op door

2 - Medisch advies 2: Inhoudelijk beoordeling is niet goed mogelijk, wel wordt er afgewezen.

Advies historie

aan : Medisch Advies Groep

Afwijzen
Uit de aanvraag komt geen duidelijke indicatie naar voren. De beschrijving van klachten en problemen is erg summier waardoor een goede inhoudelijke beoordeling niet goed mogelijk is.

3 - Medisch advies 3: Geen declaraties teruggevonden, dus afgewezen.



Notitie

notitie

Volgens aanvraag is er in fysio geweest maar ik kan hier geen declaraties van terugvinden. Daaronder staat wel een beperkt aantal behandelingen. Daarom afgewezen.

aangemaakt op
laatste wijziging op

door
door

4 - Medisch advies 4: De aanvraag voldoet amper aan voorgaande behandelingen fysiotherapie.



Notitie

notitie

aangemaakt op

recente voorgaande behandeling van fysio. Brief ter controle. M.i. voldoet het daarmee ook amper aan

aangemaakt op
laatste wijziging op

5 - Medisch advies 5: Behandeling binnen 3 jaar niet doelmatig.



Notitie

notitie

aangemaakt op door

Afwijzen of ja, Zie aanvraag.
behandelingen binnen 3 jaar niet doelmatig.

. WI zegt bij

aangemaakt op door
laatste wijziging op door

6 - Afwijzing 1: Onvoldoende zorg in de eerste lijn.

Ringbaan West 236
Postbus 90152
5000 LD TILBURG
www.cz.nl



Ons kenmerk :
Behandeld door : afd. Medische beoordelingen
Telefoonnummer : (013) 594 93 29
Relatienummer :

Onderwerp: Afwijzing Tilburg,

Geachte

Wij ontvingen voor u een aanvraag voor medisch specialistische revalidatie. Wij geven hiervoor geen akkoordverklaring. In deze brief informeren wij u.

Geen akkoordverklaring

Wij vergoeden een revalidatiebehandeling onder bepaalde voorwaarden. Er moet onder andere sprake zijn van voldoende behandeling in de eerste lijn. Met de eerste lijn bedoelen wij zorg die direct toegankelijk is voor u. U kunt hierbij denken aan zorg door een huisarts, fysiotherapeut of door een psycholoog. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat u behandelingen hebt gehad bij de fysiotherapeut. U hebt verder nog geen behandelingen voor uw klachten gehad. Wij zijn daarom van mening dat deze behandeling (op dit moment) niet doelmatig is. Daarom vergoeden wij deze behandeling niet. Wij toetsten uw aanvraag aan de voorwaarden in artikel B.4.6.1. van uw verzekeringsvoorwaarden.

Misschien bent u het niet eens met onze beslissing? U kunt de afdeling Juridische Zaken dan schriftelijk vragen de beslissing te heroverwegen. Het adres is Postbus 90152, 5000 LD TILBURG.

Meer informatie

Hebt u vragen? Neem dan contact op met de afdeling Medische beoordelingen, groep Specialistenhulp, telefoonnummer (013) 594 93 29 of per e-mail mbz.specialistenhulp@cz.nl.

Met vriendelijke groeten,

manager Medische beoordelingen

7 - Afwijzing 2: Geen sprake van complexe problematiek.

Ringbaan West 236
Postbus 90152
5000 LD TILBURG
www.cz.nl



Ons kenmerk :
Behandeld door : afd. Medische beoordelingen
Telefoonnummer : (013) 594 93 29
Relatienummer :

Onderwerp: afwijzing Tilburg,

Geachte

Wij ontvingen voor u een aanvraag voor medisch specialistische revalidatie. Wij geven hiervoor geen akkoordverklaring. In deze brief informeren wij u.

Geen akkoordverklaring

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat uw indicatie niet voldoet aan de voorwaarden voor medisch specialistische revalidatie zoals aangegeven door het Zorginstituut. De medisch adviseur is van mening dat er geen sprake is van complexe problematiek. Daarom vergoeden wij deze behandeling niet. Wij toetsen uw aanvraag aan de voorwaarden van artikel B.4.1. van uw basisverzekering.

Wij begrijpen dat deze beslissing vervelend voor u is. Toch geven wij geen akkoordverklaring in verband met precedentwerking en gelijke behandeling naar andere verzekerden.

Misschien bent u het niet eens met onze beslissing? U kunt de afdeling Juridische Zaken dan schriftelijk vragen de beslissing te heroverwegen. Het adres is Postbus 90152, 5000 LD TILBURG.

Meer informatie

Hebt u vragen? Neem dan contact op met de afdeling Medische beoordelingen, groep Specialistenhulp, telefoonnummer (013) 594 93 29 of per e-mail mbz.specialistenhulp@cz.nl.

Met vriendelijke groeten,

manager Medische beoordelingen

8 - Afwijzing 3: Geen reden voor afwijzing genoemd.

Ringbaan West 236
Postbus 90152
5000 LD TILBURG
www.cz.nl



Ons kenmerk :
Behandeld door : afd. Medische beoordelingen
Telefoonnummer : (013) 594 93 29
Relatienummer :

Onderwerp: afwijzing

Tilburg,

Geachte

Wij ontvingen een aanvraag voor medisch specialistische revalidatie. Wij geven hiervoor geen akkoordverklaring af. In deze brief informeren wij u.

Waarom geen akkoordverklaring?

Wij vergoeden een revalidatiebehandeling onder bepaalde voorwaarden. Er moet sprake zijn van complexe problemen op meerdere gebieden zoals lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak. Daarnaast moet er voldoende behandeling in de eerste lijn hebben plaatsgevonden. Met de eerste lijn bedoelen wij zorg die direct toegankelijk is voor u. U kunt hierbij denken aan zorg door een huisarts, fysiotherapeut of door een psycholoog. De medische adviseur is van mening dat deze behandeling (op dit moment) niet doelmatig is. Daarom vergoeden wij deze behandeling niet. Wij toetsten uw aanvraag aan de voorwaarden in artikel B.4.6.1. van uw verzekeringsvoorwaarden.

Wij begrijpen dat het heel vervelend voor u is dat wij deze behandeling niet vergoeden, maar uit rechtsgelijkheid naar andere verzekerden maken wij geen uitzondering op de verzekeringsvoorwaarden.

Wij informeren ook uw zorgverlener over ons besluit.

Misschien bent u het niet eens met onze beslissing? U kunt de afdeling Juridische Zaken dan schriftelijk vragen de beslissing te heroverwegen. Het adres is Postbus 90152, 5000 LD TILBURG.

Meer informatie?

Hebt u vragen? Neem dan contact op met de afdeling Medische beoordelingen, groep Specialistenhulp, telefoonnummer (013) 594 93 29 of per e-mail mbz.specialistenhulp@cz.nl.

9 - Opvragen aanvullende informatie door CZ.



Aanvraagformulier zbc

CZ
T.a.v. Medische beoordelingen
Antwoordnummer 139
5000 WB TILBURG

Persoonlijke gegevens

Naam :
Adres :
Postcode & woonplaats :
Geboortedatum :
Relatienummer :
Zorgaanvraagnummer :

Ontbrekende gegevens

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en/of de gevraagde informatie naar ons sturen?

- Kunt u een duidelijke omschrijving geven van klachten en daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks functioneren?
- Wat is de uitkomst van het lichamelijk onderzoek en aanvullende beeldvormende diagnostiek?
- Graag ontvangen wij het eindverslag van behandeling Rughuis
- Graag ontvangen wij het verslag van behandeling bij psychologen
- Graag ontvangen wij het verslag van behandeling door fysiotherapeut
- Wat zijn de concrete behandeldoelen MSR, inclusief de aangrijpingspunten?

De afdeling Medische Beoordelingen van CZ beoordeelt deze aanvraag.

10 - Ontvangstbevestiging e-mail CZ

Ontvangstbevestiging

Onderwerp: Ontvangstbevestiging**Van:** <klantenservice@cz.nl>

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw e-mail. Hieronder informeren wij u over de afhandeling van uw vraag.

Akkoordverklaring

Gaat uw vraag over een akkoordverklaring? Dan krijgt u hierover binnen tien werkdagen bericht.

Overige vragen

Gaat uw vraag niet over een akkoordverklaring? Dan ontvangt u binnen twee werkdagen bericht.

Meer informatieHebt u nog vragen? Neem dan contact op met de afdeling Medische beoordelingen, groep Specialistenhulp via e-mail mbz.specialistenhulp@cz.nl of telefonisch (013) 594 93 29. U kunt ons op werkdagen bereiken van 8.30 tot 17.30 uur. Wij helpen u graag.Met vriendelijke groeten,
Afdeling Medische beoordelingen,
Groep Specialistenhulp

PS. Deze e-mail wordt automatisch verstuurd. U kunt niet antwoorden naar dit e-mailadres.

=====
Dit e-mailbericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde.
Is het e-mailbericht niet aan u gericht? Dan vragen wij u om het bericht terug
te sturen naar de verzender en het origineel en kopieën ervan te verwijderen.
Alleen de geadresseerde mag de informatie gebruiken. Het is niet toegestaan
om de informatie openbaar te maken, te vermenigvuldigen, te verspreiden of te
verstrekken aan derden. CZ spant zich ervoor in dat u juiste, volledige en
tijdige informatie ontvangt. CZ kan niet in staan voor de juiste en volledige
overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mail, noch voor tijdige
ontvangst daarvan.
=====

1 van 1

11 - Akkoordverklaring CZ na juridische tussenkomst

Ringbaan West 236
Postbus 90152
5000 LD TILBURG
www.cz.nl



Uw kenmerk :
Ons kenmerk :
Behandeld door: Medische beoordelingen
Telefoonnummer: (013) 594 93 29
Relatienummer :

Onderwerp: akkoordverklaring Tilburg, 2016

Geachte heer/mevrouw,

Wij stuurden onderstaand schrijven naar onze verzekerde.

Wij ontvingen de volgende aanvraag.

Verzekerde : Relatienummer :
Adres : Geboortedatum :
Woonplaats :

Specialist :
ZBC :
Diagnosecode en/of behandeling : revalidatie

Wij geven een akkoordverklaring voor deze behandeling.

Vergoeding

Wij hebben voor de aangevraagde behandeling geen overeenkomst met :
afgesloten. Daarom ontvangt u een akkoordverklaring voor een
restitutievergoeding.

Wij vergoeden :
Maximaal 75 % van het gemiddeld afgesproken tarief. Dit is maximaal €4.328,08.

Informatie voor de specialist:
Voor zorgproductcode 990027194 met declaratiecode vergoeden wij
maximaal €4.328,08.

Geldigheid

Wij geven deze akkoordverklaring op basis van de verzekeringsvoorwaarden of wetgeving. Veranderen de voorwaarden of verandert de wetgeving? Dan is het mogelijk dat deze akkoordverklaring niet langer geldig is. Houdt u hier rekening mee. Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw akkoordverklaring aan ons door te geven.

bladzijde 1 van 2

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA KvK 41095222
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA KvK 18028752

XXXX

Datum :
Relatienummer :

Misschien bent u het niet eens met onze beslissing? U kunt de afdeling Juridische Zaken dan schriftelijk vragen de beslissing te heroverwegen. Het adres van deze afdeling is Postbus 90152, 5000 LD TILBURG.

Eigen Risico

Het eigen risico is het bedrag dat u zelf moet betalen voordat u een vergoeding krijgt uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt voor verzekerden vanaf 18 jaar. Een eventueel openstaand eigen risico houden we in op de vergoeding.

Meer weten?

Kijk in uw verzekeringsvoorwaarden voor meer informatie over het eigen risico of bekijk de actuele stand van uw eigen risico op Mijn CZ. Dit kan 24 uur per dag via www.cz.nl.

Meer informatie

Hebt u nog vragen, neem dan contact op met de afdeling Medische beoordelingen, groep Specialistenhulp, telefoonnummer (013) 594 93 29.

Met vriendelijke groeten,

manager Medische beoordelingen

Bijlage 4: Menzis, Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde revalidatie- en thuiszorg

Net zoals CZ, zie de revalidatiezorg in bijlage 3, zien wij ook dat Menzis revalidatiezorg die wordt uitgevoerd door een behandelaar zonder contract niet vergoed omdat geen toestemming was verleend. Daarnaast constateren wij dat een niet daartoe bevoegde medewerker, zijnde geen medische adviseur maar Manager Klachtenmanagement, inzage heeft in medische dossiers. (Zie bijlage 4A.)

Verder constateerden wij dat een bij Menzis verzekerde thuishulp kreeg van een bij TWZI toegelaten thuiszorginstelling. Alle benodigde AGB-codes en gekoppelde informatie van de zorgverleners zijn in bezit van Menzis. Daarnaast heeft deze aanbieder van thuiszorg een volledig overzicht van alle zorgverleners met diploma aan Menzis ter beschikking gesteld.

Toch eist Menzis bij haar zorgverzekerde, omdat deze zorginstelling geen contract heeft met Menzis, haar verzekerden iedere maand opnieuw de naam, opleidingsniveau en kopie diploma van de verpleegkundige op te sturen. In sommige gevallen wordt ook een zorgplan en indicatiestelling gevraagd. Informatie, zoals we eerder al bij het machtigingsbeleid zagen, ten aanzien waarvan de zorgverzekeraar geen enkel recht heeft ze op te vragen. Of men na verstrekking van de informatie wel voor vergoeding in aanmerking komt laat Menzis in haar brief in het midden.

Frustraties en radeloosheid

Hoe frustrerend de hierboven geschetste situatie in werkelijkheid uitpakt leest u in bijgevoegde brief. (Zie bijlage 4C) Niet alleen blijkt uit deze brief dat de informatie al met Menzis was gedeeld maar is het hoogbejaard echtpaar compleet radeloos hoe ze nou toch moest achterhalen wat het opleidingsniveau van de verpleegkundige is, laat staan hoe ze aan een kopie van haar diploma moeten komen.

“Wat moet je nou met dergelijke eisen? Ik weet het niet wat ik hiermee aan moet.”

Dit betekent dat:

1. Menzis onrechtmatige beperkingen van de vrije artskeuze oplegt
2. Menzis op onrechtmatige gronden zich toegang verschaft tot medische gegevens.
3. In ultimo de ‘akkoordverklaring’ wordt afgegeven door een niet daartoe bevoegde medische adviseur maar een medewerker van klantenservice.
4. Een niet daartoe bevoegde medewerker, zijnde geen medische adviseur, inzage heeft in medische dossiers.

Inhoudsopgave voor bijlagen 4:

- 4A: Correspondentie Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde Revalidatie
- 4B: Correspondentie Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde Thuiszorg
- 4C: Brief zorgverzekerde over opstelling Menzis.

Bijlage 4A: Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde Revalidatie

Datum	Ons kenmerk	Pagina
	Er was een DOT klasse 4 gedeclareerd over de periode van Daarom is er voor de 2 ^e declaratie, een DOT over de periode van toestemming verleend en zijn de kosten daarom afgewezen.	en uitbetaald. geen
	Heeft u nog vragen? Neemt u dan contact op met onderstaande behandelaar op telefoonnummer 088 222 44 00, het beste te bereiken op maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur. Voor overige vragen kunt u met onze Klantenservice bellen, maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 19.00 uur. Het telefoonnummer is 088 222 40 40. Of kijk op www.menzis.nl	
	Hartelijke groet, namens de manager Klachtenmanagement	

Postbus 75000
7500 KC Enschede

www.menzis.nl

Datum **Doorkiesnummer** **Behandeld door**

Ons kenmerk **Verzekerdennummer**

Onderwerp
declaratie inzake met geboortedatum:

Geachte

Beslissing

We begrijpen dat het vervelend is dat de hierboven genoemde zorgkosten zijn afgewezen. De aanvraag van hebben we zorgvuldig onderzocht en voorgelegd aan onze adviserend geneeskundige. Dit heeft er echter niet toe geleid dat onze beslissing anders is geworden. Graag leggen we dit aan u uit.

Uitleg beslissing

Ondanks dat de aanvraag niet vooraf was aangevraagd, is er beoordeeld of de zorgkosten voor vergoeding in aanmerking komen. De aanvraag bevat geen nieuwe informatie. Daardoor blijft de declaratie afgewezen.

De reden van afwijzing van de declaratie is, dat meer dan 100 uur therapie niet doelmatig is bij de beschreven problematiek. Bij de beschreven problematiek kan er voor een DOT (DBC's op weg naar Transparantie) maximaal klasse 4 worden gedeclareerd of 2 DOTS van maximaal klasse 3.

Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101

Bijlage 4B: Menzis - Afwijzing vergoeding voor niet-gecontracteerde ThuiszorgPostbus 75000
7500 KC Enschede
www.menzis.nl

Datum	Kenmerk	Telefoonnummer
februari 2016		088 222 40 40

Onderwerp
meer informatie nodig

Geachte heer

Op januari 2016 kregen we uw nota van Thuiszorg voor wijkverpleging.

Voorwaarden

Uw zorgaanbieder declareert per periode. Op basis van deze periode kunnen we niet bepalen op welke data de wijkverpleging heeft plaatsgevonden. Indien u alsnog voor vergoeding in aanmerking wenst te komen verzoeken we u bij uw zorgaanbieder een nieuwe gespecificeerde nota op te vragen. Uw zorgaanbieder dient de volgende specificatie aan te brengen:

- de datum waarop de zorg is verleend;
- per datum aan te geven welke verpleegkundige (inclusief opleidingsniveau) de behandeling heeft uitgevoerd. Een kopie van het diploma moet worden toegevoegd;
- de tijdseenheid.

Opsturen informatie

Wilt u de gevraagde informatie en nota naar ons opsturen? Hiervoor kunt u de bijgevoegde envelop gebruiken.

Na ontvangst van de informatie nemen we uw nota opnieuw in behandeling. We berichten u schriftelijk of we de nota vergoeden en hoeveel we vergoeden.

Meer informatie

Wist u dat u wijzigingen gemakkelijk en veilig zelf door kunt geven via 'Mijn Menzis'? Ga naar www.menzis.nl/mijnmenzis. Vragen kunt u altijd online stellen op www.menzis.nl/contact of via onze Klantenservice. We helpen u graag.

Met vriendelijke groet.

directeur Operations

Bijlagen

- kopie nota
- antwoordenvolp

Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101



Postbus 75000
7500 KC Enschede
www.fnvmenzis.nl

Datum	Kenmerk	Telefoonnummer
december		088 222 44 44

Onderwerp
meer informatie nodig

Geachte heer

Op december 2015 kregen we uw nota van Acare thuiszorg.

meer informatie nodig

Om te beoordelen of uw nota wordt vergoed vanuit de Basisverzekering hebben we meer informatie nodig. Graag ontvangen we van u een gespecificeerde nota, waarin staat dat de zorg geleverd wordt door een verzorgende met een minimaal opleidingsniveau 3 (kopie diploma).

Opsturen informatie

Wilt u de gevraagde informatie en nota naar ons opsturen? Hiervoor kunt u de bijgevoegde envelop gebruiken.

Na ontvangst van de informatie nemen we uw nota opnieuw in behandeling. We berichten u schriftelijk of we de nota vergoeden en hoeveel we vergoeden

Meer informatie

Wist u dat u wijzigingen gemakkelijk en veilig zelf door kunt geven via 'Mijn Menzis'? Ga naar www.menzis.nl/mijnmenzis. Vragen kunt u altijd online stellen via fnv@menzis.nl of via onze Klantenservice. We helpen u graag.

Met vriendelijke groet,

directeur Operations

Bijlagen
- nota
- envelop

Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101



Postbus 75000
7500 KC Enschede
www.menzis.nl

Datum	Kenmerk	Telefoonnummer
februari 2016		088 222 40 40

Onderwerp
meer informatie nodig

Geachte

Op januari 2016 kregen we uw nota van Thuiszorg voor wijkverpleging.

Besluit vergoeding

We vergoeden de wijkverpleging niet. We begrijpen dat dit vervelend voor u is. Daarom vinden we het belangrijk om dit besluit uit te leggen.

Voorwaarden

Uw zorgaanbieder declareert per periode. Op basis van deze periode kunnen we niet bepalen op welke data de wijkverpleging heeft plaatsgevonden. Indien u alsnog voor vergoeding in aanmerking wenst te komen verzoeken we u bij uw zorgaanbieder een nieuwe gespecificeerde nota op te vragen. Uw zorgaanbieder dient de volgende specificatie aan te brengen:

-de datum waarop de zorg is verleend;

-per datum aan te geven welke verpleegkundig (inclusief opleidingsniveau) de behandeling heeft uitgevoerd. Een kopie van het diploma moet worden toegevoegd;

-de tijdseenheid.

Opsturen informatie

Wilt u de gevraagde informatie en nota naar ons opsturen? Hiervoor kunt u de bijgevoegde envelop gebruiken.

Na ontvangst van de informatie nemen we uw nota opnieuw in behandeling. We berichten u schriftelijk of we de nota vergoeden en hoeveel we vergoeden.

Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101

Zorg collectief

menzis

Postbus 75000
7500 KC Enschede
www.fnmvenzis.nl

Datum
november

Kenmerk

Telefoonnummer
(053) 485 3176

Onderwerp
meer informatie nodig

Geachte mevrouw

Op november kregen we nota van Thuiszorg

Meer informatie nodig

Om te beoordelen of uw nota wordt vergoed vanuit de Basisverzekering hebben we meer informatie nodig. Graag ontvangen we van u:

- het zorgplan en indicatiestelling opgesteld door een verpleegkundige niveau 5, en
- dat de zorg geleverd wordt door een verpleegkundige met een minimale opleidingsniveau 3.

Opsturen informatie

Wilt u de gevraagde informatie en de bijgevoegde kopie nota naar ons opsturen? Hiervoor kunt u de bijgevoegde envelop gebruiken.

Na ontvangst van de informatie nemen we uw kopie nota opnieuw in behandeling. We berichten u schriftelijk of we de nota vergoeden en hoeveel we vergoeden.

Heeft u nog vragen?

Beit u dan met ons team Verzekerdennota's op (053) 485 3176. We helpen u graag van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

Met vriendelijke groet,

directeur Operations

Bijlagen
- nota
- envelop

Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101

BP1141116

Bijlage 4C: Brief zorgverzekerde over opstelling Menzis.

thuis zorg

27 nov.

Beste zorgverleners,

Gisteren ontvingen wij bijgaande brief waarin van ons verlangd wordt dat „de zorg geleverd wordt door een verpleegkundige met minimaal opleidings-niveau 3.” Nu hebben wij altijd zorg ontvangen door bekwame en toegewijde verzorgsters, maar of deze minimaal opleidings-niveau 3 hebben, dat weten wij niet! Wat moet je nou met dergelijke eisen? Ik weet niet, wat ik hiermee aan moet. Het zorgplan en de gevraagde indicatie-stelling heb ik al eerder aan Menzis toegestuurd.

Ook heb ik de facturen voor € 1513,20 voor de periode 18/28 sept. en voor € 1405,26 voor het tijdvak 1 okt./31 okt. al eerder aan Menzis toegestuurd.

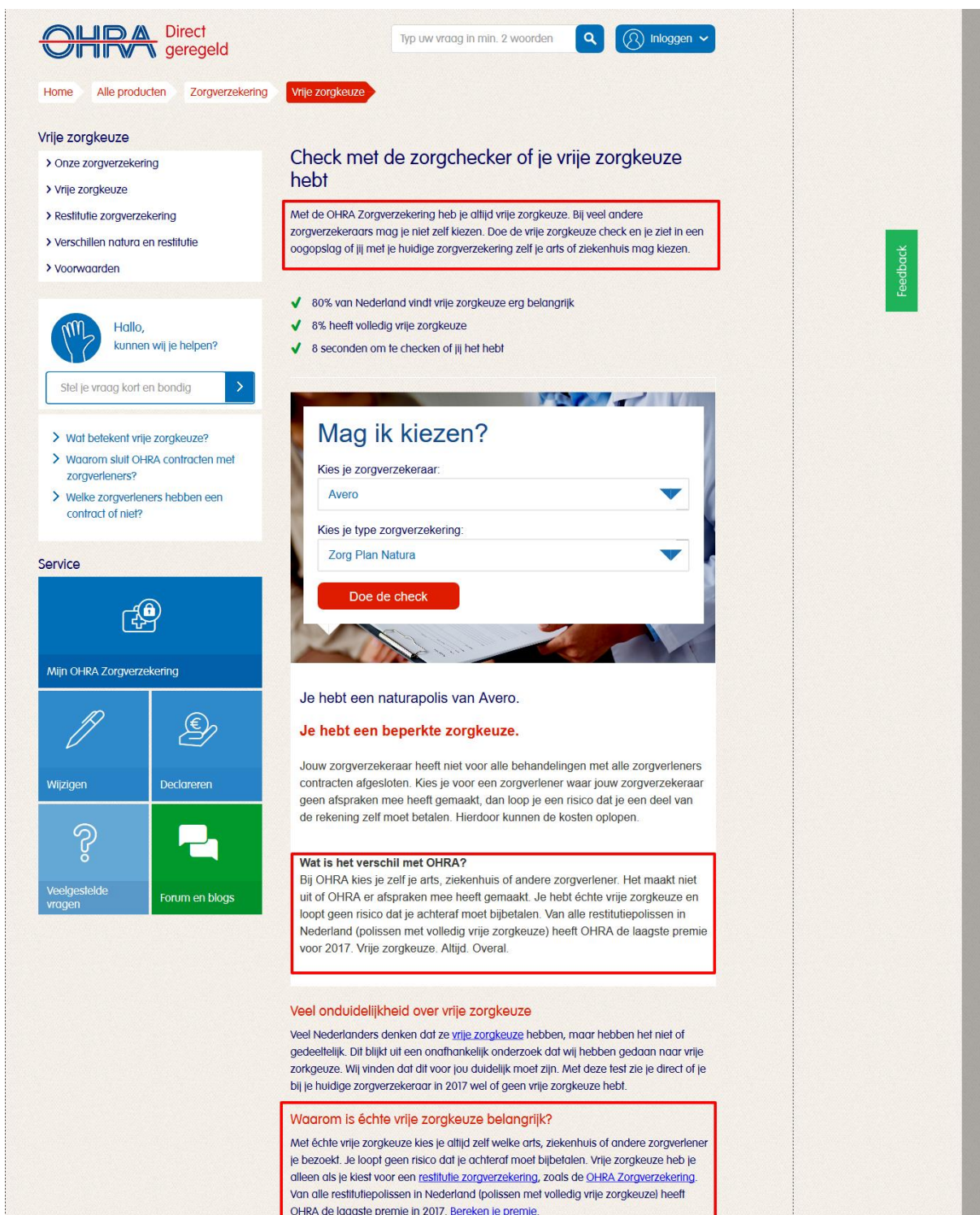
Daarna schreef u me dat de vergoedingen nul euro bedragen! Een machtiging heb ik hun ook al eerder toegestuurd. Ik heb die „machtiging” zelf opgesteld en door mijn vrouw en mij ondertekent, en er mankeert volgens mij niets aan, dus aan die eis is tenminste voldaan...

Ik vind 't erg vervelend voor u dat Menzis ineens zo moeilijk doet, maar hoe moet u nu uit deze impasse komen? Wilt u me inlichten wat ik hiermee aan moet? In afwachting van uw bericht doe ik even niets. Het vriendelijke groeten,

Bijlage 5: Zorgchecker en screenprints website Ohra

<http://www.ohra.nl/zorgverzekering/vrije-zorgkeuze/zorgchecker.jsp>

Ohra polis in vergelijking met een Natura verzekering:



OHRA Direct geregeld

Typ uw vraag in min. 2 woorden

Home Alle producten Zorgverzekering **Vrije zorgkeuze**

Vrije zorgkeuze

- > Onze zorgverzekering
- > Vrije zorgkeuze
- > Restitutie zorgverzekering
- > Verschillen natura en restitutie
- > Voorwaarden

Hallo, kunnen wij je helpen?

Stel je vraag kort en bondig

- > Wat betekent vrije zorgkeuze?
- > Waarom sluit OHRA contracten met zorgverleners?
- > Welke zorgverleners hebben een contract of niet?

Service

Mijn OHRA Zorgverzekering

Wijzigen Declarenen

Veelgestelde vragen Forum en blogs

Check met de zorgchecker of je vrije zorgkeuze hebt

Met de OHRA Zorgverzekering heb je altijd vrije zorgkeuze. Bij veel andere zorgverzekeraars mag je niet zelf kiezen. Doe de vrije zorgkeuze check en je ziet in een oogopslag of jij met je huidige zorgverzekering zelf je arts of ziekenhuis mag kiezen.

- ✓ 80% van Nederland vindt vrije zorgkeuze erg belangrijk
- ✓ 8% heeft volledig vrije zorgkeuze
- ✓ 8 seconden om te checken of jij het hebt

Mag ik kiezen?

Kies je zorgverzekeraar:
Avero

Kies je type zorgverzekering:
Zorg Plan Natura

Je hebt een naturapolis van Avero.

Je hebt een beperkte zorgkeuze.

Jouw zorgverzekeraar heeft niet voor alle behandelingen met alle zorgverleners contracten afgesloten. Kies je voor een zorgverlener waar jouw zorgverzekeraar geen afspraken mee heeft gemaakt, dan loop je een risico dat je een deel van de rekening zelf moet betalen. Hierdoor kunnen de kosten oplopen.

Wat is het verschil met OHRA?

Bij OHRA kies je zelf je arts, ziekenhuis of andere zorgverlener. Het maakt niet uit of OHRA er afspraken mee heeft gemaakt. Je hebt échte vrije zorgkeuze en loopt geen risico dat je achteraf moet bijbetalen. Van alle restitutiepolissen in Nederland (polissen met volledig vrije zorgkeuze) heeft OHRA de laagste premie voor 2017. Vrije zorgkeuze. Altijd. Overal.

Veel onduidelijkheid over vrije zorgkeuze


Veel Nederlanders denken dat ze vrije zorgkeuze hebben, maar hebben het niet of gedeeltelijk. Dit blijkt uit een onafhankelijk onderzoek dat wij hebben gedaan naar vrije zorgkeuze. Wij vinden dat dit voor jou duidelijk moet zijn. Met deze test zie je direct of je bij je huidige zorgverzekeraar in 2017 wel of geen vrije zorgkeuze hebt.

Waarom is échte vrije zorgkeuze belangrijk?

Met échte vrije zorgkeuze kies je altijd zelf welke arts, ziekenhuis of andere zorgverlener je bezoekt. Je loopt geen risico dat je achteraf moet bijbetalen. Vrije zorgkeuze heb je alleen als je kiest voor een [restitutie zorgverzekering](#), zoals de [OHRA Zorgverzekering](#). Van alle restitutiepolissen in Nederland (polissen met volledig vrije zorgkeuze) heeft OHRA de laagste premie in 2017. [Bereken je premie](#).


Feedback


Ohra polis in vergelijking met een 100% restitutiepolis zonder beperkende voorwaarden:



Direct geregeld

Typ uw vraag in min. 2 woorden





Inloggen

Home
Alle producten
Zorgverzekering
Vrije zorgkeuze

Vrije zorgkeuze

- > Onze zorgverzekering
- > Vrije zorgkeuze
- > Restitutie zorgverzekering
- > Verschillen natura en restitutie
- > Voorwaarden



Hallo, kunnen wij je helpen?

Stel je vraag kort en bondig >

- > Wat betekent vrije zorgkeuze?
- > Waarom sluit OHRA contracten met zorgverleners?
- > Welke zorgverleners hebben een contract of niet?

Check met de zorgchecker of je vrije zorgkeuze hebt

Met de OHRA Zorgverzekering heb je altijd vrije zorgkeuze. Bij veel andere zorgverzekeraars mag je niet zelf kiezen. Doe de vrije zorgkeuze check en je ziet in een oogopslag of jij met je huidige zorgverzekering zelf je arts of ziekenhuis mag kiezen.

- ✓ 80% van Nederland vindt vrije zorgkeuze erg belangrijk
- ✓ 8% heeft volledig vrije zorgkeuze
- ✓ 8 seconden om te checken of jij het hebt

Mag ik kiezen?

Kies je zorgverzekeraar:

PNO
▼

Kies je type zorgverzekering:

PNO Zorg Basisverzekering
▼

Doe de check

Je hebt een restitutiepolis van PNO.


Je hebt 100% vrije zorgkeuze.

Toch kan het geen kwaad om je zorgverzekering eens te vergelijken met die van andere zorgverzekeraars die ook vrije zorgkeuze bieden.


Wat is het verschil met OHRA?

Bij OHRA kies je zelf je arts, ziekenhuis of andere zorgverlener. Het maakt niet uit of OHRA er afspraken mee heeft gemaakt. Je hebt échte vrije zorgkeuze en loopt geen risico dat je achteraf moet bijbetalen. Van alle restitutiepolissen in Nederland (polissen met volledig vrije zorgkeuze) heeft OHRA de laagste premie voor 2017. Vrije zorgkeuze. Altijd. Overal.


Service




Mijn OHRA Zorgverzekering




Wijzigen



Declareren



Veelgestelde vragen



Forum en blogs

Feedback

Informatie op website over vrije zorgkeuze van Ohra

Vrije zorgkeuze

- > Onze zorgverzekering
- > Vrije zorgkeuze
- > Restitutie zorgverzekering
- > Verschillen natura en restitutie
- > Voorwaarden

Hallo, hoe kunnen wij u helpen?

Stel uw vraag kort en bondig

- > Wat betekent vrije zorgkeuze?
- > Waarom sluit OHRA contracten met zorgverleners?
- > Welke zorgverleners hebben een contract of niet?

Vrije zorgkeuze

Met de [OHRA Zorgverzekering](#) heb je vrije zorgkeuze. Altijd. Overal. Je kiest zelf naar welke arts, therapeut of andere zorgverlener je gaat. Het maakt niet uit of wij afspraken hebben met je zorgverlener. Als het verzekerd is, vergoeden wij de zorg altijd.

Voordelen vrije zorgkeuze van OHRA:

- ✓ Echt vrije zorgkeuze: kies zelf je zorgverlener
- ✓ Geen risico dat je achteraf moet bijbetalen
- ✓ OHRA App als je zorg nodig hebt

Wat is de vergoeding bij vrije zorgkeuze?

Wij vergoeden de rekening van zorgverleners volledig. Een enkele keer krijgen wij een rekening van een zorgverlener die onredelijk hoog is. De wet bepaalt dat wij deze rekening niet mogen vergoeden. Gelukkig komt dit bijna nooit voor.

Heb je met alle zorgverzekeringen vrije zorgkeuze?

Nee. Zorgverzekeraars bepalen zelf het soort polis van hun zorgverzekering. Dit kan een restitutiepolis, combinatiepolis of een naturapolis zijn. De OHRA Zorgverzekering is een restitutiepolis. Met deze polis heb je dus altijd vrije zorgkeuze. Heb jij geen OHRA

Wanneer heb je geen vrije zorgkeuze?

Kies je voor een zorgverzekering met een naturapolis? Voor een volledige vergoeding kun je dan alleen terecht bij zorgverleners met wie je zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. Ga je hier niet naar toe? Dan betaal je altijd zelf een deel van de kosten.

Uh...heb ik niet altijd vrije zorgkeuze?

Naar de zorgverlener gaan van jouw keuze? Dat doe je natuurlijk het liefste zonder zorgkosten uit eigen zak te betalen.

[Lees meer in ons blog](#)

Service

Mijn OHRA Zorgverzekering

Wijzigen

Declareren

Veelgestelde vragen

Forum en blogs

Meer over de OHRA Zorgverzekering

Basisverzekering
Aanvullende verzekeringen
Tandartsverzekeringen

Zorgvergelijker
Vergoedingen 2017
Buitenland
Medicijnen
PGB

Declareren
Mijn OHRA Zorgverzekering

Privacy Disclaimer Cookies Over OHRA

thuiswinkel waarborg

KVK

Keurmerk klantgericht verzekeren

Volg ons op

Forum en blogs

Twitter

Facebook

YouTube

Wijzer in geldzaken


De wegwijzer naar onafhankelijke informatie over uw financiën

<p>Onze Producten</p> <ul style="list-style-type: none"> Aansprakelijkheidsverzekering Annuleringsverzekering Autoverzekering Beleggen Caravanverzekering Creditcard Deposito Direct Ingaande Lijfrenterekening Doorlopende Reisverzekering Gouden Handdruk Spaarrekening Gouden Handdruk Uitkeerrekening Hondenverzekering Huisdierenverzekering Inboedelverzekering Internet Spaarrekening Kattenverzekering 	<ul style="list-style-type: none"> Kortlopende Reisverzekering Kostbaarhedenverzekering Lijfrente Motorverzekering Ongewallenverzekering Opstalverzekering Overlijdensrisicoverzekering Pensioenrekening Pensioen Spaarrekening Rechtsbijstandverzekering Reisverzekering Sparen WIA Overheid en Ondernijvis Woonverzekeringen Zorgverzekering 	<p>Klantenservice</p> <ul style="list-style-type: none"> OHRA Klantenservice OHRA Bank Veilig online Fraudebeleid Beleggingsbeleid Klanttevredenheid Klacht indienen Productwijzers Stroomlijning Kapitaaloverdrachten Beleggingsverzekering Voorwaarden OHRA Community Direct Contact Via social media Via WhatsApp Via telefoon
---	---	---

Copyright OHRA ©2014

Feedback

Beperkende voorwaarden gepubliceerd op de website



Vergoedingen 2017

- > Onze zorgverzekering
- > Alle vergoedingen
- > Hulpmiddelen
- > Tandheelkunde
- > Zwangerschap, bevalling en kraamzorg
- > Therapieën
- > Voorwaarden

Diabetesmateriaal

Wat is het?

Wat krijg ik vergoed vanuit de basisverzekering in 2017?

Bent u afhankelijk van insuline? Dan krijgt u diabeteshulpmiddelen vergoed uit de [basisverzekering](#). U krijgt een vergoeding op basis van een categorie-indeling. Welke categorie op uw situatie van toepassing is, hangt af van hoe vaak u per dag insuline spuit.


U krijgt de volgende vergoedingen:

Kijk in onderstaand schema welke categorie voor u van toepassing is.


Categorie-indeling voor insuline-afhankelijke diabeten	Tarief per categorie
1A: Behandeling met insuline wordt overwogen. U bent nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.	€ 35,70 (eenmalige vergoeding voor de looptijd van uw verzekering)
1B: U heeft zwangerschapsdiabetes met of zonder gebruik van insuline.	€ 228,48 (maximale vergoeding voor de duur van uw zwangerschap)
2: U heeft 1 tot 2 maal per dag een insuline-injectie nodig.	€ 0,43 per dag
3A: U heeft 3 of meer insuline-injecties per dag nodig.	€ 1,60 per dag
3B: U heeft 3 of meer insuline-injecties per dag nodig. En het is medisch noodzakelijk dat de bloedglucosemeter aan specifieke persoonsgebonden eisen voldoet.	€ 1,96 per dag
4: U bent gebruiker van een insulinepomp.	€ 2,73 per dag

Feedback


Service




Mijn OHRA Zorgverzekering




Wijzigen



Declareren



Veelgestelde vragen



Forum en blogs

Wat krijg ik niet vergoed vanuit de basisverzekering in 2017?

Heb ik een eigen risico?

Heb ik een wettelijke eigen bijdrage?

Waar kan ik terecht?

Mag ik naar een andere leverancier?




U mag ook naar een apotheek of medisch specialiazaak die geen contract heeft met OHRA, maar dan zijn er wel twee voorwaarden:

- U vraagt vooraf OHRA om toestemming.
- U voorziet OHRA van een toelichting van uw behandelend arts.

Wij vergoeden de rekening van zorgverleners volledig. Een enkele keer krijgen wij een rekening niet mogen vergoeden. Gelukkig komt dit bijna nooit voor.

Heb ik vooraf toestemming van OHRA nodig?

Privacy | Disclaimer | Cookies | Over OHRA

Klantenservice

OHRA Klantenservice

OHRA Bank

Veilig online

Fraudebeleid

Beleggingsbeleid

Klanttevredenheid

Klacht indienen

Productwijzers

Stroomlijning Kapitaaloverdrachten

Beleggingsverzekering

Voorwaarden OHRA Community

Direct Contact

Via social media

Via WhatsApp

Via telefoon

Volg ons op

Forum en blogs

Twitter

Facebook

YouTube

Wijzer in geldzaken

De wegwijzer naar onafhankelijke informatie over uw financiën

Creeëcht OHRA 60704

STICHTING ZORGHUIS 54

Vergoedingen 2017

- > Onze zorgverzekering
- > Alle vergoedingen
- > Hulpmiddelen
- > Tandheelkunde
- > Zwangerschap, bevalling en kraamzorg
- > Therapieën
- > Voorwaarden



Hallo, hoe kunnen wij u helpen?

Stel uw vraag kort en bondig

- > Hoe kan ik alle vergoedingen vergelijken?
- > Dit willen verzekeren kan ik terecht?
- > Wat krijg ik vergoed?

Service

Mijn OHRA Zorgverzekering

Wijzigen

Declareren

Veelgestelde vragen

Forum en blogs

Hulpmiddelen voor mobiliteit slechtzienden

- Wat is het? ▾
- Wat krijg ik vergoed vanuit de basisverzekering in 2017? ▾
- Heb ik een eigen risico? ▾
- Heb ik een wettelijke eigen bijdrage? ▾
- Waar kan ik terecht? ▾
- Mag ik naar een andere leverancier? ▾
- Heb ik vooraf toestemming van OHRA nodig? ▲

Bestelt u de taststok bij een leverancier (bedrijf dat de taststok levert) waarmee OHRA een contract heeft? En gaat het om een standaardmodel? Dan heeft u vooraf geen toestemming nodig van OHRA. Gaat u naar een leverancier waarmee OHRA geen contract heeft. En/of bestelt u geen standaardmodel? Dan moet u wel eerst toestemming vragen.

- Hoe vraag ik om toestemming? ▾

Feedback

Onze Producten

- Aansprakelijkheidsverzekering
- Annuleringsverzekering
- Autoverzekering
- Beleggen
- Caravanverzekering
- Creditcard
- Deposito
- Direct Ingaande Lijfrenterekening
- Doaropende Reisverzekering
- Gouden Handdruk Spaarrekening
- Gouden Handdruk Uitkeerrekening
- Hondenverzekering
- Huisdierenverzekering
- Inboedelverzekering
- Internet Spaarrekening
- Kattenverzekering
- Kortlopende Reisverzekering
- Kostbaarhedenverzekering
- Lijfrente
- Motorverzekering
- Ongevallenverzekering
- Opstalverzekering
- Overlijdensrisicoverzekering
- Pensioenrekening
- Pensioen Spaarrekening
- Rechtsbijstandverzekering
- Reisverzekering
- Sparen
- WIA Overheid en Ondenwijs
- Waarverzekeringen
- Zorgverzekering

Klantenservice

- OHRA Klantenservice
- OHRA Bank
- Veilig online
- Fraudebeleid
- Beleggingsbeleid
- Klanttevredenheid
- Klacht indienen
- Productwijzers
- Stroomlijning Kapitaaloverdrachten
- Beleggingsverzekering
- Voorwaarden OHRA Community
- Direct Contact
- Via social media
- Via WhatsApp
- Via telefoon

Volg ons op

- Forum en blogs
- Twitter
- Facebook
- YouTube

Wijzer in geldzaken

De wegwijzer naar onafhankelijke informatie over uw financiën

Vergoedingen 2017

- > Onze zorgverzekering
- > Alle vergoedingen
- > Hulpmiddelen
- > Tandheelkunde
- > Zwangerschap, bevalling en kraamzorg
- > Therapieën
- > Voorwaarden



Hallo, hoe kunnen wij u helpen?

Stel uw vraag kort en bondig



- > Hoe kan ik alle vergoedingen vergelijken?
- > Bij welke verzekeraar kan ik terecht?
- > Wat krijg ik vergoed?

Service

Mijn OHRA Zorgverzekering

Wijzigen

Declareren

Veelgestelde vragen

Forum en blogs

Incontinentiemateriaal

Wat is het?

Wat krijg ik vergoed vanuit de basisverzekering in 2017?

U krijgt de incontinentiematerialen volledig vergoed uit de [basisverzekering](#). De leverancier is het bedrijf dat de incontinentiematerialen levert. De leverancier overlegt met u welke materialen voor u het meest geschikt zijn.

Heb ik een eigen risico?

Heb ik een wettelijke eigen bijdrage?

Waar kan ik terecht?

Mag ik naar een andere leverancier?

Heb ik vooraf toestemming van OHRA nodig?

Gaat u naar een leverancier waarmee OHRA een contract heeft? Dan heeft u vooraf geen toestemming nodig van OHRA. Gaat u naar een leverancier waarmee OHRA geen contract heeft? Vraag dan altijd eerst om toestemming bij OHRA.

Hoe vraag ik om toestemming?

Feedback

Onze Producten

- Aansprakelijkheidsverzekering
- Annuleringsverzekering
- Autoverzekering
- Beleggen
- Caravanverzekering
- Creditcard
- Deposito
- Direct Ingaande Lijfrenterekening
- Doaropende Reisverzekering
- Gouden Handdruk Spaarrekening
- Gouden Handdruk Uitkeerrekening
- Hondenverzekering
- Huisdierenverzekering
- Inboedelverzekering
- Internet Spaarrekening
- Kattenverzekering
- Kortlopende Reisverzekering
- Kostbaarhedenverzekering
- Lijfrente
- Motorverzekering
- Ongevallenverzekering
- Opstalverzekering
- Overlijdensrisicoverzekering
- Pensioenrekening
- Pensioen Spaarrekening
- Rechtsbijstandverzekering
- Reisverzekering
- Sparen
- WIA Overheid en Ondenwijs
- Waarverzekeringen
- Zorgverzekering

Klantenservice

- OHRA Klantenservice
- OHRA Bank
- Veilig online
- Fraudebeleid
- Beleggingsbeleid
- Klanttevredenheid
- Klacht indienen
- Productwijzers
- Stroomlijning Kapitaaloverdrachten
- Beleggingsverzekering
- Voorwaarden OHRA Community
- Direct Contact
- Via social media
- Via WhatsApp
- Via telefoon

Volg ons op

- Forum en blogs
- Twitter
- Facebook
- YouTube

Wijzer in geldzaken

De wegwijzer naar onafhankelijke informatie over uw financiën



Vergoedingen 2017

- > Onze zorgverzekering
- > Alle vergoedingen
- > Hulpmiddelen
- > Tandheelkunde
- > Zwangerschap, bevalling en kraamzorg
- > Therapieën
- > Voorwaarden



Hallo, hoe kunnen wij u helpen?

Stel uw vraag kort en bondig

- > Hoe kan ik alle vergoedingen vergelijken?
- > Bij welke verzekering kan ik terecht?
- > Wat krijg ik vergoed?

Service

Mijn OHRA Zorgverzekering

Wijzigen

Declareren

Veelgestelde vragen

Forum en blogs

Revalidatie

- Wat is het? ▾
- Wat krijg ik vergoed vanuit de basisverzekering in 2017? ▾
- Heb ik een eigen risico? ▾
- Heb ik een wettelijke eigen bijdrage? ▾
- Waar kan ik terecht? ▾
- Mag ik naar een ander revalidatiecentrum? ▾
- Heb ik vooraf toestemming van OHRA nodig? ▾
- Hoe vraag ik om toestemming? ▾

Heeft het revalidatiecentrum van uw keuze geen contract met OHRA? Dan vraagt u schriftelijk om toestemming. U stuurt hiervoor de volgende papieren naar OHRA:

- Een geschreven toelichting van de arts die u de revalidatie voorschrijft. In die toelichting moet staan waarom u de revalidatie nodig heeft.
- Een overzicht van hoe de arts de behandeling wil aanpakken (een behandelplan).
 - uw relatienummer
 - uw naam, adres en woonplaats
 - uw geboortedatum.

Wilt u deze brief nu opstellen? [Vul dan het formulier in.](#)

Feedback

Onze Producten

- Aansprakelijkheidsverzekering
- Annuleringsverzekering
- Autoverzekering
- Beleggen
- Caravanverzekering
- Creditcard
- Deposito
- Direct Ingaande Lijfrenterekening
- Doaropende Reisverzekering
- Gouden Handdruk Spaarrekening
- Gouden Handdruk Uitkeerrekening
- Hondenverzekering
- Huisdierenverzekering
- Inboedelverzekering
- Internet Spaarrekening
- Kattenverzekering
- Kortlopende Reisverzekering
- Kostbaarhedenverzekering
- Lijfrente
- Motorverzekering
- Ongevallenverzekering
- Opstalverzekering
- Overlijdensrisicoverzekering
- Pensioenrekening
- Pensioen Spaarrekening
- Rechtsbijstandverzekering
- Reisverzekering
- Sparen
- WIA Overheid en Ondenwijs
- Waarverzekeringen
- Zorgverzekering

Klantenservice

- OHRA Klantenservice
- OHRA Bank
- Veilig online
- Fraudebeleid
- Beleggingsbeleid
- Klanttevredenheid
- Klacht indienen
- Productwijzers
- Stroomlijning Kapitaaloverdrachten
- Beleggingsverzekering
- Voorwaarden OHRA Community
- Direct Contact
- Via social media
- Via WhatsApp
- Via telefoon

Volg ons op

- Forum en blogs
- Twitter
- Facebook
- YouTube

Wijzer in geldzaken

De wegwijzer naar onafhankelijke informatie over uw financiën